

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ KLIMAKTERIA

Bakalářská práce

Autor práce: Alexandra Hvězdová
Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

Hradec Králové 2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**WOMEN QUALITY OF LIFE AT THE
CLIMACTERIUM PERIOD**

Bachelor thesis

The Author: Alexandra Hvězdová
Supervisor: Mgr. Eva Vachková

Hradec Králové 2010

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovávala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Hradci Králové 21. 4. 2010

Alexandra Hvězdová

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení, za poskytnutí literatury a laskavý přístup. Velký dík patří Jarce Divišové za její trpělivost a čas. Dále děkuji osloveným respondentkám, bez jejichž ochoty a spolupráce by tato práce nevznikla.

Motto:

„Život je jako divadelní kus. Nezáleží na tom, jak byl dlouhý, ale jak dobře byl zahrán.“

Lucius Annaeus Seneca

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	
Cíle a hypotézy práce	11
1. KLIMAKTERIUM.....	12
1.1 Definování klimakteria.....	12
1.2 Hormonální změny v klimakteriu	12
1.3 Klasifikace klimakteria	13
1.4 Klimakterický syndrom.....	13
1.4.1 Hodnocení potíží	14
1.5 Organický estrogen – deficitní syndrom	14
1.6 Metabolický estrogen – deficitní syndrom.....	15
1.6.1 Kardiovaskulární onemocnění.....	15
1.6.2 Postmenopauzální osteoporóza	16
1.7 Rizikové skupiny žen	16
1.8 Péče o ženy v klimakteriu a diagnostika	17
1.9 Terapie.....	17
1.9.1 Hormonální substituční léčba.....	18
1.9.1.1 Hormony HRT	18
1.9.1.2 Způsob aplikace HRT	19
1.9.1.3 Příznivé účinky HRT	20
1.9.1.4 Rizika a kontraindikace HRT	20
1.9.2 Nehormonální léčba.....	20
1.10 Prevence a edukace	21
2. KVALITA ŽIVOTA	24
2.1 Kvalita života a zdraví	24
2.2 Metody měření kvality života.....	25
2.2.1 Metody měření, kdy posuzovatelem je sama daná osoba	26
2.2.2 Metody měření, kdy posuzovatelem je druhá osoba	27
2.2.3 Metody smíšené.....	27
2.3 Kvalita života v klimakteriu	28
2.4 Metody měření kvality života v klimakteriu	30
II. EMPIRICKÁ ČÁST	
3. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	32
4. POUŽITÉ METODY a ZKOUMANÝ SOUBOR.....	33
4.1 Metoda výzkumu	33
4.2 Metoda zpracování dat	34
4.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	34
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	35
5.1 Dotazník UQOL.....	35
5.2 Dotazník MRS	59

5.3 Porovnání výsledků dotazníků UQOL a MRS	69
5.3.1 Dotazník UQOL	69
5.3.2 Dotazník MRS	71
5.3.3.1 Pořadí a intenzita obtíží před léčbou a při léčbě (MRS)	72
5.4 Dotazník zpětné vazby	73
6. DISKUZE	74
6.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům	74
6.2 Zjištěná fakta ve vztahu k výsledkům výzkumu Y. Vrublové	78
ZÁVĚR	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	83
BIBLIOGRAFIE	84
SEZNAM TABULEK	87
SEZNAM GRAFŮ	88
PŘÍLOHY	
Příloha 1: Dotazník kvality života – UQOL scale	I
Příloha 2: Dotazník kvality života – The Menopause Rating Scale (MRS)	II
Příloha 3: Dotazník zpětné vazby	III
Příloha 4: Úvodní dopis respondentům	IV
Příloha 5: Informovaný souhlas klientky s účastí ve studii	V
Příloha 6: Kuppermanův index pro odhad stupně klimakterických obtíží	VI
Příloha 7: Režimy HRT	VII
Příloha 8: Preparáty HRT na našem trhu	VIII
Příloha 9: Ukázka z odborné literatury 30. let 20. stol.	IX
Anotace	
Annotation	

ÚVOD

Klimakterium neboli česky výstižně „přechod“ je období života ženy, ve kterém dochází k přechodu z doby, kdy žena může otěhotnět, do doby, kdy již otěhotnět nemůže. Přechod trvá několik let, během nichž dochází k řadě významných změn především ve funkci ženských pohlavních orgánů. Jde o změny přirozené, které postihují všechny ženy a jsou součástí procesu stárnutí. Pozorujeme však velké individuální rozdíly. Některá žena obdobím klimakteria projde bez větších potíží. Uvádí se, že až u čtyř z pěti žen probíhá přechod s typickými obtížemi nejrozumnějšího charakteru a síly. Návaly, noční pocení, nespavost, bušení srdce, ale i poruchy nálady, podrážděnost, lítostivost, nervozita a zhoršená schopnost soustředění. Všechny tyto potíže pak vytvářejí klimakterický syndrom, který je typický výhradně pro toto životní období ženy.

Problematicke klimakteria se věnuje množství našich i zahraničních odborníků z různých vědních oborů již desítky let. V roce 1956 byla v Československu založena první poradna pro poruchy přechodu, a sice v Brně. V roce 1973 se v Bratislavě konala 1. konference o menopauze (*Klimaktérium*). V téže roce proběhla ustavující schůze klubu, který se stal základem pozdější *International Menopause Society* (IMS) čili *Mezinárodní menopauzální společnosti* (1977). Na datum 18. října byl stanoven *Světový den menopauzy*.

V Praze r. 1995 byla založena *Společnost pro otázky menopauzy* (SOM), od roku 1996 je vydáváno periodikum *Klimakterická medicína*, v roce 1998 byla založena *Klimakterická telefonní linka* a v roce 2002 založena *Česká menopauzální a andropauzální společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* (ČMAS).

Obor, který se zabývá etiologií, patofyziologií, diagnostikou a léčbou změn vyskytujících se v klimakteriu, se nazývá klimakterická medicína. Cílem oboru je zlepšit kvalitu života žen v období klimakteria.

Od roku 1996 pracuji v oboru gynekologie a porodnictví. Ze profesních zkušeností porodní asistentky i pozorováním v běžném životě zjišťuji, že v současnosti se již o potížích přechodu mezi ženami pouze „nešušká“. O potížích a případných zkušenostech s léčbou ženy mezi sebou hovoří otevřeněji, předávají si zkušenosti i na internetu, diskutují, vyjadřují se v časopisech a novinách, stejně jako hledají k danému tématu literaturu a čtou o něm v informačních letácích. O problematiku přechodu se zajímají zpravidla aktivně, přicházejí do ordinace gynekologa s jasnější představou, co je čeká a čeho by se chtěly vyvarovat. Je dobře, že přibývá žen, které vědí nebo alespoň tuší, že zkušenosti jejich

maminek nemusejí být určující, a potíže přechodu nespojují s koncem nadějí na prožívání kvalitního života. Vědí, že se období přechodu vyhnout nelze, že však mohou participovat na snížení potíží.

Jsem si vědoma, že se ve svém pracovním životě setkávám zejména se ženami, které se rozhodly ke svému zdraví přistoupit zodpovědně, popř. s těmi, které jsou do značné míry informovány, a proto vyhledaly lékaře. Že ani doba popularizace medicíny a propagace zdravého způsobu života není zárukou informovanosti, protože je na každém z nás, zda vůbec informován být chce a do jaké míry. Že je přirozené, že lidé trpí předsudky.

Právě ženám, které přicházejí do ambulance se slovy „Nějak se tím propotím... Když to vydržela moje maminka i babička a hormony neužívaly...“ bych chtěla věnovat svou práci. Přála bych si, aby si uvědomily, že přistoupením na změnu stylu života a vhodně zvolenou léčbu nejen minimalizují potíže, které zhoršují kvalitu jejich života, ale že přispívají k ochraně svého zdraví, protože snižují riziko vzniku osteoporózy a patologických zlomenin kostí, riziko infarktu myokardu a mozkové mrtvice nebo Alzheimerovy nemoci. Taková onemocnění mohou vážně poškodit jejich zdraví nebo dokonce ohrozit život.

Některým ženám je třeba pomoci, aby se zorientovaly v tom, co pro své zdraví fyzické i mentální mohou udělat. Aby pochopily, že případné přistoupení na vhodnou léčbu v období klimakteria není slabost, ale zodpovědná správa vlastního zdraví. V tomto směru je nezastupitelný i vliv sester a porodních asistentek v ambulancích. Domnívám se, že jejich edukace v tomto smyslu včetně učení se relevantní komunikaci by mělo být součástí komplexní systematické (resp. systémové) péče o ženy v klimakteriu.

V závěru příspěvku *Kvalita života žien v klimakteriu a jej ovplyvnenie informovanostou* se uvádí: „Zarážajúcim zistením je, že o klimakteriu a problémoch, ktoré s ním súvisia je iba »čiasťočne informovaných« 23 % žien, ktoré užívajú HRT. U žien neužívajúcich HRT je toto percento niekoľkonásobne vyššie. Čiasťočne informovaných je až 56 % žien a neinformovaných takmer 13 %. Iba 31 % žien z tejto skupiny udalo, že sú »informované«. ... Informácie klientiek však pochádzali v najväčšej miere od lekára a z časopisov. Sestry sa na informovanosti podieľali len nepatrným percentom.“ (Kyčinová a Krajňáková, 2002, s. 36)

I. TEORETICKÁ ČÁST

CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části je:

1. definovat termín klimakterium;
2. klasifikovat klimakterium a popsat jeho symptomatologii;
3. vysvětlit možnosti léčby klimakterických potíží;
4. definovat termín „kvalita života“;
5. vymezit způsoby hodnocení kvality života;
6. naznačit kvalitu života v klimakteriu;
7. uvést možnosti měření kvality života v klimakteriu.

CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI

Cílem empirické části je:

1. zjistit kvalitu života žen v klimakteriu před léčbou;
2. zjistit kvalitu života žen v klimakteriu při léčbě;
3. zjistit, zda užívání hormonální terapie ovlivňuje kvalitu života žen v klimakteriu, popř. jakým způsobem;
4. zjistit, které subjektivní symptomy klimakterického syndromu nejvíce snižují kvalitu života v klimakteriu;
5. zjistit, který ze dvou použitých dotazníků respondentkám vyhovoval více, popř. proč.

1. KLIMAKTERIUM

1.1 Definování klimakteria

Podle klasifikace WHO (Report, 1981) čili Světové zdravotnické organizace je klimakterium období endokrinních, somatických a psychických změn; období přechodu do menopauzy, kdy dochází k vyhasínání funkce vaječníků. Je to období přechodu z reprodukčního období života ženy do období fyziologické sterility, do období reprodukčního klidu.

V organismu ženy postupně zaniká funkce vaječníků. Ty už neprodukují ženské hormony a nedostatek těchto hormonů může být spojen s různými obtížemi jak tělesnými, metabolickými a organickými, tak psychickými. Tyto specifické obtíže, které se v dřívějším věku u ženy nevyskytovaly, nazýváme klimakterický syndrom. Jedním z prvních příznaků nástupu klimakteria bývá porucha menstruace. Poslední pravidelná menstruace se nazývá menopauza a podle Donáta (1994) nastává v průměru mezi 45. a 55. rokem života ženy. Potíže se objevují nezávisle na poslední menstruaci, někdy i několik let před poslední menstruací, jindy až po ní a mohou se vyskytovat ještě mnoho let po poslední menstruaci.

1.2 Hormonální změny v klimakteriu

Na řízení menstruačního cyklu se podílí hypotalamo-hypofyzární systém. Hypotalamus (mezimozek) produkuje hormony, které podněcují nebo utlumují tvorbu hormonů v hypofýze (podvěsek mozkový). Hormony tvořené v hypofýze se nazývají gonadotropiny (LH a FSH) a jsou nutné pro vývoj a uvolnění vajíčka z vaječníku.

V místě, kde došlo k uvolnění vajíčka (ovulace) z vaječníku, vzniká žluté tělísko, které produkuje ženský pohlavní hormon progesteron. Ten umožňuje přeměnu sliznice v dutině děložní tak, aby bylo možné v případě oplodnění zachycení a uhnízdění oplodněného vajíčka. Pokud k oplodnění nedojde, žluté tělísko zaniká, tím dojde k poklesu hladiny progesteronu a odloučení děložní sliznice, což se projeví menstruačním krvácením.

Dalšími pohlavními hormony produkovanými vaječníkem jsou estrogeny a androgeny. Estrogeny mají obecně stimulační a proliferační účinek na pohlavní orgány, v pubertě zajišťují vývoj sekundárních pohlavních znaků, mají účinky metabolické a jejich koncentrace v plazmě kolísá v průběhu menstruačního cyklu.

Hormonální změny provázející období klimakteria jsou charakteristické ztrátou cykličnosti v produkci progesteronu, estrogenů a gonadotropinů (FSH i LH). Dochází k poruše na ose hypotalamus–hypofýza–ovarium, což má za následek vzestup hladiny FSH, pokles produkce estrogenů, a tím vznikající nepravidelnost až zástavu menstruace. Nejzávažnějším důsledkem je pokles tvorby estrogenů, proto např. Donát (1994) o přechodu hovoří jako o syndromu z nedostatku estrogenů.

1.3 Klasifikace klimakteria

Jedna z možných klasifikací klimakteria vychází ze vztahu k poslednímu menstruačnímu krvácení (menopauze). Lze odlišit premenopauzu, perimenopauzu a postmenopauzu.

Premenopauza je období předcházející menopauze, klinicky charakterizované pravidelnou menstruací nebo polymenoreou, hypermenoreou, popřípadě oligomenoreou. Laboratorně jsou hladiny gonadotropinů a estrogenu ještě normální, hladiny progesteronu nízké. (Citterbart, 2001)

Perimenopauza je období bezprostředně před menopauzou a do jednoho roku po menopauze, klinicky charakterizované nepravidelnými menzes – oligomenoreou, hypomenoreou až amenoreou. Laboratorně jsou významně zvýšené hladiny FSH a normální nebo snížené hodnoty estrogenů. (Citterbart, 2001)

Postmenopauza je období vyhaslé funkce vaječníků začínající rok po menopauze; žena nemenstruuje, laboratorně jsou trvale zvýšené hodnoty gonadotropinů a snížené hladiny estrogenů. (Citterbart, 2001)

Další klasifikace pak vychází z rychlosti nástupu příznaků, jejich závažnosti a trvání. Příznaky akutní zahrnují symptomatologii klimakterického syndromu, příznaky subakutní zahrnují symptomatologii organického estrogen-deficitního syndromu a mezi příznaky chronické řadíme symptomatologii metabolického estrogen-deficitního syndromu.

1.4 Klimakterický syndrom

Pro klimakterický syndrom je někdy užíván název akutní klimakterický syndrom. Charakterizují jej vazomotorické a psychické příznaky. Potíže se objevují u více než 50 % žen, mohou se vyskytovat několik let před menopauzou, jindy až po ní a mohou přetrvávat

i několik let v postmenopauze. Etiologie není dosud známá, významnou úlohu hraje kolísání koncentrace estrogenů v plazmě.

Hlavními projevy jsou **návaly horka**, hlavně v horní polovině těla, především v obličeji, na krku a na hrudi. Trvají od třiceti vteřin do pěti minut a jejich frekvence je individuálně rozdílná.

Návaly horka většinou provází **silné pocení**, někdy se ataka silného pocení může vyskytnout i samostatně. Charakter pocení je individuálně rozdílný co do intenzity i lokalizace na těle. Pocení je příznakem poruchy termoregulace při nedostatku estrogenů. V noci je nepříjemné hlavně proto, že je provázáno poruchami spánku, což má za následek zvýšenou únavu a pokles výkonnosti ve dne.

Nespavost se všemi následky vede většinou k **psychickým potížím**, jako je úzkost, deprese, podrážděnost, nervozita, náladovost a neschopnost soustředění.

K další symptomatologii patří bolesti hlavy, závratě, parestzie, palpitace, tachykardie, poruchy srdečního rytmu, kolísání tlaku, dyspnoe, trávicí obtíže (nauzea), zvracení, obstrukce a v neposlední řadě potíže sexuálního rázu.

1.4.1 Hodnocení potíží

Vegetativní příznaky snižují kvalitu života ženy, ale většinou neovlivňují délku jejího života. Pro zhodnocení závažnosti klimakterického syndromu zavedli Kupperman a spol. před více než 40 lety tzv. **menopauzální index** (viz příl. 6). Je to schéma, v němž je pomocí znásobující konstanty vyjádřena závažnost každého symptomu. Hodnotí se 10 příznaků – návaly horka, návaly potu, poruchy spánku, podrážděnost, depresivní stavy, závratě, poruchy koncentrace, bolesti kloubů, bolesti hlavy a bušení srdce. Schéma umožňuje i posouzení léčby. (Citterbart, 2001; Kudela, 2004)

1.5 Organický estrogen – deficitní syndrom

Organický estrogen – deficitní syndrom přináší řadu subjektivních potíží, které ženě značně zneprůjemňují život. Příčinou těchto potíží je nedostatek estrogenů, který vede k atrofizaci některých orgánů. Atrofizace se pak projevuje příznaky specifickými pro jednotlivé orgány.

Nastává atrofie kůže a sliznic, zejména v oblasti vulvy a pochvy, vznikají **atrofické vulvovaginitidy** spojené s dyspareunií, pruritem a pálením v pochvě. První příznaky se mohou objevit již za několik měsíců po menopauze, ale maxima dosahují po 10–15 letech.

Atrofická sliznice je suchá, snadno zranitelná a náchylná k infekci. Vymizení normální bakteriální flóry z pochvy a změna prostředí z kyselého na zásadité, umožňuje osídlení pochvy patogenními mikroby. Vznikající záněty se projevují subjektivními potížemi a recidivujícím výtokem. (Citterbart, 2001)

Pod vlivem estrogenů je též dlaždicobuněčný epitel uretry a trigona močového měchýře. Jejich atrofizace se projeví **uretrálním syndromem**, mezi jehož příznaky patří polakisurie, nykturie, urgentní močení, urgentní nebo stresová inkontinence, poruchy vyprazdňování měchýře, dysurie a recidivující močové infekce.

Nedostatek estrogenů se může projevit též atrofizací sliznic dutiny ústní, nosu, hltanu, hrtanu, oka, céka a vzestupného tračníku. Atrofizace v dutině ústní vede k potížím se zubními protézami, k parodontóze, suchosti v ústech, k poruchám chuti, gingivitidě a stomatitidě. V horních cestách dýchacích způsobuje suchost v nose, v hltanu a v hrtanu (rhinitis, pharyngitis a laryngitis sicca). Atrofizace spojivky, rohovky a slzných žláz vede k potížím s kontaktními čočkami a k častým infekcím. Atrofizace sliznic céka se může projevit gastrointestinálním krvácením a anémií.

Atrofie kůže a kožních adnex se projeví suchostí, ztenčením a zvrásněním kůže, mohou se zvýšeně lámat nehty, vlasy; axilární a pudendální ochlupení jsou sušší a řidší.

Svalstvo ochabuje, dochází ke snížení svalového tonu, bývá postižen především podpůrný a závěsný aparát děložní. S tím souvisí stoupající výskyt descenzu a prolapsu dělohy u žen po menopauze. Prsy atrofují, jejich tuková tkáň a mléčná žláza jsou nahrazovány fibrózní tkání, což vede k stoupajícímu výskytu dysplazií. Ubýváním buněčné hmoty všech orgánů dochází ke snížení váhy.

1.6 Metabolický estrogen – deficitní syndrom

Metabolický estrogen – deficitní syndrom může vést k poškození zdraví ženy a může ovlivnit délku jejího života. Nejčastější příčinou morbiditu a mortality žen v postmenopauze jsou onemocnění kardiovaskulárního systému a osteoporóza.

1.6.1 Kardiovaskulární onemocnění

Podkladem pro vznik ischemické choroby srdeční, cévních mozkových příhod a ischemických chorob dolních končetin je arterioskleróza. Její etiologie je multifaktoriální. Nedostatek estrogenů způsobuje proaterogenní změny, negativně ovlivňuje metabolismus tuků, inzulinu, homocysteinu, některých koagulačních faktorů, funkci endotelu a svaloviny

cévní stěny. Ischemická choroba srdeční (ICHS) byla považována za typické onemocnění mužů; u žen po menopauze výskyt ICHS výrazně roste a rozdíl mezi muži a ženami se vyrovnává.

1.6.2 Postmenopauzální osteoporóza

Osteoporóza je definována jako absolutní úbytek kostní hmoty beze změny poměru mezi organickou a minerální složkou kosti, spojený s poruchou mikroarchitektury kosti a se zvýšeným rizikem zlomenin (Citterbart, 2001). U žen výrazně narůstá s věkem osteoporóza spojená se zlomeninami. Rizikovým faktorem pro vznik osteoporózy je menopauza. Odhaduje se, že polovina kostní ztráty je ztráta podmíněná menopauzou. Po menopauze se v důsledku nedostatku estrogenů zrychluje metabolismus kostí, zvyšuje se novotvorba, ale mnohem více se zvyšuje resorpce. V postmenopauze ztrácí žena v průměru 3–5 % kostní hmoty za rok, zatímco před menopauzou je to průměrně jen 0,5–2 % kostní hmoty. Osteoporóza může probíhat klinicky němě a projeví se až zlomeninou, jindy se může projevit bolestmi páteře, dlouhých kostí a kloubů. Typické zlomeniny jsou kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku kosti stehenní a zápěstí. Každá žena po 50. roce věku má 40 % pravděpodobnost, že bude postižena jednou z těchto zlomenin. U mužů je ve stejném věku pravděpodobnost vzniku těchto zlomenin pouhých 13 %.

1.7 Rizikové skupiny žen

Klimakterium v našich geografických a socioekonomických podmínkách nastupuje u žen obvykle po 45. roce života; v posledních letech pozorujeme spíše tendenci k pozdějšímu nástupu. Přejít u mnohých žen v rozvinutých zemích nastává v současnosti až po 50. roce věku. Posun je dán zřejmě kvalitnějšími životními podmínkami a komplexní výživou. Naopak v rozvojových zemích vedou horší socioekonomické podmínky k dřívějšímu nástupu menopauzy (Kudela, 2004).

O předčasné nebo pozdní menopauze hovoříme tehdy, když k zástavě menstruace dojde mimo hranici 45.–55. roku života. Věk nástupu je dán geneticky a současně je ovlivněn etnickým původem, nástupem první menstruace, počtem porozených dětí, tělesnou hmotností, způsobem stravování, kouřením a celkovým životním stylem.

1.8 Péče o ženy v klimakteriu a diagnostika

Při návštěvě ženy v gynekologické ambulanci je standardem otevřený a podrobný rozhovor o možných klimakterických obtížích, symptomech, výkonnosti, sexualitě a poruchách kognitivních funkcí. Cílem rozhovoru je připravit ženu na blížící se stáří a s ním spojené obtíže, včas odhalit případná onemocnění a informovat o přínosech a rizicích hormonální léčby. Ke komplexní péči o ženu patří sledování změn v psychice, v chování ženy, změn v kognitivních a emocionálních funkcích a s tím spojené hodnocení kvality života ovlivněné menopauzálními symptomy.

Hlavní zásadou je mezioborová spolupráce – s internistou, očními lékaři, urology, psychology a psychiatry, dermatology, rentgenology a biochemiky.

Cíl komplexního přístupu k ženám podle Jeníčka:

- Zabránit nenávratnému poškození zdraví ženy v důsledku metabolického syndromu z nedostatku estrogenů, které představuje ischemická nemoc srdeční, hypertenze a cévní mozková příhoda na podkladě aterosklerózy.
- Adekvátně léčit potíže žen v klimakteriu a postmenopauze podle zásad indikované, účinné a bezpečné hormonální substituční léčby.
- Účinnou prevenci klimakterických obtíží rozšířit o včasný záchyt (depistáž) předrakovinných stavů a počátečních stadií rakoviny prsu a dělohy. Prevenci zaměřit na ženy mladší, již ve fertilním období života, kdy v převážné většině případů dochází vlivem nepříznivých podmínek životního prostředí, nesprávnou výživou, nedostatkem pohybu a špatnou hygienou práce k dispozici pro vznik nemocí, které se mohou projevit až v klimakteriu. Tyto ženy by měly být sledovány poradnou pro obtíže přechodu dříve, než se u nich první příznaky projeví. (Jeníček, 2004)

K diagnóze klimakteria vede soubor všech výše popsanych **klimakterických příznaků** (kap. 1.4), hodnocených např. dle Kuppermana (viz příl. 6), **vyšetření hormonů** (hypoestronemie, hypergonadotropie), **analýza biochemických nálezů** a měření denzity kostí (DEXA-dvoufotonová rtg osteodenzitometrie) pro **zhodnocení stupně osteoporózy**.

1.9 Terapie

Jakákoli léčba by měla být vždy volena individuálně pro každou jednotlivou pacientku – tzv. na míru. Při volbě preparátu je nutné znát interní stav pacientky, hormonální profil, hladiny lipidů, hladiny jaterních testů a zkontrolovat krevní tlak. Za nezbytné je

považováno gynekologické vyšetření, cytologie hrdla děložního, ultrazvuk malé pánve a mamografie. Samozřejmostí jsou pravidelné kontroly.

1.9.1 Hormonální substituční léčba

Kauzální léčba postmenopauzálního estrogen-deficitního syndromu je substituční léčba buď estrogeny (ERT, estrogen replacement therapy), nebo doplněná o gestageny (HRT, hormone replacement therapy). Taktiku léčby určuje druh a intenzita potíží. HRT je třeba zahájit s nejnižší účinnou dávkou s minimálními nežádoucími účinky a jestliže ta nevede k požadovanému klinickému efektu, doporučuje se dávku zvýšit. Pro premenopauzální ženy volíme substituci gestageny, nitroděložní hormonální systém a nízkodávkovou monofazickou kontracepci. V perimenopauze přecházíme na kombinovanou sekvenční HRT. V postmenopauze a u žen, které dosud HRT neužívaly, podáváme kombinovanou kontinuální terapii estrogeny a gestageny. U žen bez dělohy volíme čistě estrogení preparáty. Nejdůležitější je použít takovou metodu léčby, která zabrání dysfunkčnímu krvácení a učiní cyklus pravidelným nebo způsobí amenoreu a zabrání návalům horka.

Kdy hormonální léčbu doporučujeme:

1. Léčba klimakterického syndromu (vazomotorická symptomatologie).
2. Léčba urovaginálních příznaků (urogenitální atrofizace sliznic) a při atrofizaci ostatních sliznic (především oka).
3. Předčasná (spontánní nebo arteficiální) menopauza; k prevenci osteoporózy a ischemické choroby srdeční. Hormonální léčba by měla být podávána nejméně do průměrného věku menopauzy, to je do 51 let.
4. Prevence a léčba postmenopauzální osteoporózy (léčba je vhodná zejména pro mladší ženy ve věku 50–59 let).
5. Obecně: převažuje-li prospěch hormonální léčby nad rizikem.

1.9.1.1 Hormony HRT

Prostřednictvím HRT jsou tělu dodávány následující hormony (Šilerová, 2006; Jeníček, 2001):

Estrogeny

- **Estradiol a jeho estery** je přirozený ovariální estrogen, jehož mechanismus účinku spočívá ve vazbě na intracelulárně umístěné specifické receptory.

- **Konjugované estrogeny** jsou přirozené konjugáty látek s estrogenovým účinkem. Jde o extrakt z moči březích klisen, který obsahuje nejméně 10 steroenových komponent.
- **Estriol** je přirozený metabolit estradiolu. Má shodný mechanismus účinku.

Progesteron a gestageny

- **Progesteron** je přirozený progestin, jehož mechanismus účinku spočívá ve vazbě na intracelulárně umístěné specifické receptory. Nemá androgenní účinek a neovlivňuje záporně plazmatické hladiny ani glykémii.
- **Analoga progesteronu**
 - *Medroxyprogesteron acetát* je syntetický progestin s mírnými androgenními účinky, nemá estrogenové účinky.
 - *Dyhydrogesteron* je syntetický progestin, nemá androgenní ani estrogenní účinky.
- **Gestageny ze skupiny 19-norsteroidů** mají výrazný progestinový účinek, různou měrou mají také vyjádřený estrogenový a androgenní účinek.
 - *Norethisteron acetát* je syntetický progestin s velkou estrogenovou a androgenní účinností, lze jej použít k odsunu menstruace, zástavě dysfunkčního krvácení nebo léčbě endometriózy.
 - *Lynestrenol* je syntetický progestin s velkou estrogenovou a androgenní účinností.

Tibolon je syntetický analog steroidů, má estrogenní, gestagenní a androgenní účinky.

V tkáních se ukládají jeho metabolity, které ovlivňují kostní metabolismus i klimakterický syndrom. Nestimulují prsní tkáň ani endometrium (Fait, 2004). Režimy HRT viz příl. 7 a preparáty dostupné na našem trhu viz příl. 8.

1.9.1.2 Způsob aplikace HRT

Hormonální substituce existuje ve formě tablet, náplastí, gelů, implantátů, injekcí a nasálních sprejů. Rozdíly mezi enterálním a parenterálním užíváním jsou poměrně diskrétní a je vhodné volbu preparátu ponechat na posouzení gynekologa. Zvláště v indikovaných případech, kdy je daný způsob aplikace vynucen stávajícím onemocněním, např. při poruše jaterních funkcí nebo při diagnostikovaném diabetu mellitu volíme raději aplikaci transdermální. U žen s hyperplazií endometria můžeme zvolit nitroděložní tělísko s levonorgestrem (tzv. Mirena), které lékaři umožňuje dobrou kontrolu proliferace endometria. Pokud je žena zdravá, můžeme volbu způsobu aplikace HRT ponechat na ní.

1.9.1.3 Příznivé účinky HRT

Úspěšnost HRT při léčbě potíží akutního klimakterického syndromu je až 90%, při léčbě organického estrogen-deficitního syndromu je daleko účinnější než jiné způsoby léčby a její hlavní význam spočívá v tom, že je účinná v prevenci a léčbě dlouhodobých následků estrogenního deficitu – kardiovaskulárních nemocí a osteoporózy. Další účinky byly zjištěny v prevenci Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby, senilní makulární degenerace, stařecké slepoty a kolorektálního karcinomu. (Citterbart, 2001)

1.9.1.4 Rizika a kontraindikace HRT

Léčba samotnými estrogeny u žen po menopauze zvyšuje riziko vzniku karcinomu endometria; riziko HRT ve vztahu ke karcinomu prsu je velmi malé.

Absolutní kontraindikací HRT je karcinom prsu, karcinom endometria, trombo-embolická nemoc (hluboká žilní trombóza vzniklá v souvislosti s těhotenstvím, hormonální antikoncepcí nebo hormonální léčbou, plicní embolizace v anamnéze), stav po infarktu myokardu do jednoho roku, stav po ischemické mozkové příhodě a akutní zánět jater.

1.9.2 Nehormonální léčba

Jestliže žena HRT odmítá, nesnáší ji nebo je kontraindikována, užíváme alternativní způsoby léčby. Mezi alternativní způsoby léčby patří fytohormony, vazodilatancia, psychofarmaka, psychoterapie, rehabilitace, lázeňská léčba, akupunktura a úprava životního stylu. Alternativní způsoby léčby mohou úspěšně doplňovat i léčbu hormonální. (Koliba, 2000)

Antihypertenziva, vasodilatancia, popř. psychofarmaka (sedativa, hypnotika, anti-depresiva) zlepšují projevy akutního nedostatku estrogenů, ale nemají vliv na dlouhodobé změny z estrogenního deficitu.

Preparáty rostlinného původu se rozdělují do tří základních skupin – preparáty s obsahem mateří kašičky a pylu, preparáty obsahující pouze fytoestrogeny a preparáty obsahující kombinaci obou předchozích. Nejedná se o léčbu nehormonální v pravém slova smyslu, používané prostředky jsou hormonální povahy, ale rostlinného původu – tzv. fytohormony. Fytohormony působí komplexním mechanismem účinku, jsou schopné vázat se na jeden nebo více proteinů stejně jako steroidní hormony. Preparáty s mateří kašičkou a pylem zmírňují akutní klimakterické potíže a mimo jiné mají i určitý ochranný a stabilizující vliv na kvalitu kostní hmoty. Nejbohatším zdrojem fytoestrogenů je sója luštěnatá

a červený jetel. Fytoestrogeny snižují nebezpečí srdečních onemocnění a mnohé výzkumy potvrzují dokonce jejich kardioprotektivní působení.

Psychoterapie je nedílnou součástí práce s klientkou. Ženy jsou často psychicky labilní a terapeutický rozhovor jim většinou přináší úlevu. Vhodná je spolupráce s klinickým psychologem, který má hlubší odborné znalosti pro využívání metod psychoterapie a větší časové možnosti.

U žen s vertebrogenními potížemi se jako doplňková léčba osvědčuje rehabilitace a lázeňská léčba, přičemž se klade důraz na léčebnou gymnastiku, masáže, elektroterapii, pohybovou léčbu a především pravidelnost cvičení. Mnoha klientkám přináší změna prostředí i účinek lázní úlevu na delší dobu. (Koliba, 2000)

Součástí doplňkové léčby v tomto období je úprava životního stylu; toto téma je podrobněji probráno v následující kapitole.

1.10 Prevence a edukace

Jak jsem uvedla v úvodu, obor, který se zabývá etiologií, patofyziologií, diagnostikou a léčbou změn vyskytujících se v období klimakteria, je klimakterická medicína. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života žen v tomto období.

Základem péče o ženu je neustálé připomínání pravidelných preventivních kontrol jak u praktického lékaře, tak u gynekologa. Mezi nejvžitější pověry patří, že žena po menopauze nepotřebuje gynekologa. Ovšem právě v tomto období stoupá riziko vážných onemocnění, která lze při včasné rozpoznání vyléčit. Mezi varovné příznaky patří například jakékoliv krvácení po menopauze či hmatný útvar v prsou. Musíme ženy vyvést z mylné představy, že veškeré potíže spojené s klimakteriem vyřeší pouhé každodenní polykání tablet, lepení náplastí nebo jiná forma hormonální léčby. Je třeba informovat je, že zásadní je změnit životní styl: udržovat optimální hmotnost, nekouřit, omezit konzumaci alkoholu, kávy, volných sacharidů a soli, snažit se vyvarovat stresových situací, dopřávat si pravidelný pohyb, preferovat potraviny s nízkým obsahem tuku, dbát na pravidelný příjem vápníku, vitamínu D a vlákniny. Přínosem je nechat si alespoň jedenkrát za rok změřit krevní tlak, podle uvážení lékaře vyšetřit hladinu lipidů v krvi a zkontrolovat zrak.

Zásady zdravého životního stylu v období klimakteria vycházejí ze strategie *Zdraví 21*, což je ucelený komplexní zdravotní program vyhlášený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1980. Byl přijat Evropským zdravotnickým shromážděním v roce 1985 jako *Zdraví pro všechny do roku 2000*. Později byl upraven a v roce 1999

publikován pod názvem *Zdraví 21*; je založen na všestranném úsilí chránit, usměrňovat, posilovat a v určité míře i navracet zdraví.¹⁾

Program, který přijala i Česká republika, deklaruje 21 cílů. Všímněme si pátého²⁾ a jedenáctého³⁾ cíle:

Cíl 5, zdravé stárnutí, se zabývá hlavními zdravotními riziky stárnoucích osob. Vychází z toho, že stárnutí je fyziologický proces, při němž organismus postihuje řada změn, se kterými se každý jedinec vyrovnává různě a má i nestejně schopnosti vést plnohodnotný život. Upozorňuje také na nepříznivé zdravotní důsledky, které v průběhu stárnutí přináší pocit klesající společenské potřeby. Ke zdravému stárnutí by přispělo, kdyby evropské společnosti změnily svůj negativní pohled na období stáří a kdyby lidé ve středním věku měli možnost pomalu redukovat své pracovní zatížení a současně rozvíjet své sociální role, ve kterých by mohli pokračovat i v období, kdy ukončí aktivní působení v zaměstnání. Starší lidé jsou velkým bohatstvím pro své rodiny a pro celou společnost.

Jeníček k tomu říká: „Dnešní žena prožije více jak jednu třetinu svého života po přechodu. Ve vyspělých státech si to uvědomují nejen lékaři a vědci, ale i politici, a důsledkem jsou jednak konference a kongresy, které se věnují této problematice, ale i národní vzdělávací a podpůrné programy. U nás jsme poměrně rychle dohnali svět v lékařských informacích a v popularizaci medicíny, ale stále nám bohužel chybí podpora státu.“ (Jeníček, 2004, s. 101).

Cíl 11, zdravější životní styl, konkrétně říká, že by se zásadně měla zvýšit zodpovědnost za zdravější chování v oblasti výživy, tělesné aktivity a sexuálního života a také zvýšit nabídka, cenová dostupnost a dosažitelnost bezpečných a zdravých potravin. Jedním z hlavních požadavků na výživu ženy v klimakteriu je snížení celkové energetické spotřeby, především snížením konzumace tuků s nasycenými mastnými kyselinami, tedy zejména tuku v mase a masných výrobcích. Je nutno snížit příjem volných sacharidů. U osob bez genetické dispozice by neměly činit více než 10 % celkově spotřebovaných sacharidů. Je nutno omezit také příjem chloridu sodného a omezit konzumaci alkoholu na maximálních 30 g na den, což odpovídá asi třem decilitrům vína. Na druhé straně je třeba

¹⁾ *Zdraví 21 : osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [on line]. Praha, 2000. 191 s. [cit. 12. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.

²⁾ *Zdraví pro všechny v 21. století* [on line]. Zdraví 21 – Cíle 1–9, s. 25–30. MZ ČR. 3. 12. 2002 [cit. 5. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

³⁾ *Zdraví pro všechny v 21. století* [on line]. Zdraví 21 – Cíle 10–21, s. 63–67. MZ ČR. 3. 12. 2002 [cit. 5. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

zvýšit konzumaci olivového nebo řepkového oleje, zvýšit množství vlákniny v potravě, trvale je nutno dbát na dostatečný přísun vápníku a všech potřebných vitamínů, makroelementů i mikroelementů, zejména antioxidačně působících látek včetně flavonoidů. Denně je třeba věnovat určitý čas fyzické aktivitě, a sice formou intenzivnější soustavné zátěže po dobu nejméně 30 minut. (Kužela, 2001)

2. KVALITA ŽIVOTA

Ke kvalitě života uvádí Mareš a kol.: „Obecně se tento pojem dostal do povědomí v 60. letech 20. století jako metaforický výraz shrnující sociálněpolitické cíle americké vlády. Pojem kvalita života se tak brzy ujal v Americe i v Evropě. Postupně se stával pojmem vědeckým, zpočátku v sociologii, ekonomii, politologii, později v dalších vědách, jako je filosofie, teologie, psychologie a sociální práce“. (Mareš a kol., 2006, s. 11)

Definovat **kvantitu života** lze jasně, vyjádříme-li ji počtem let, číselně: jak dlouho žili ti, kteří už odešli, a jak dlouho existují ti, kteří ještě žijí. Ovšem definic **kvality života** existují desítky, protože chápání pojmu se vyvíjí a nadto je termín vykládán v intencích různých vědních oborů. Mareš a kol. (2006, s. 12) uvádí, že „... není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty života i na změny kvality života v čase“.

Existuje řada publikací nahlízejících tuto problematiku ze zorného úhlu daného vědního oboru. Celkový koncept kvality života je složen z řady jednotlivých oblastí, jež v různé míře ovlivňují kvalitu života každého člověka. Mezi základní domény udávané většinou autorů patří kategorie: fyzický stav, funkční schopnosti, psychologické parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní nebo spirituální stav. Kvalitu života jedince můžeme charakterizovat jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém daná osoba žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, touhám, přáním, plánům a ideám. Cílem většiny lidí je něčeho dosáhnout, něco dokončit čili pak lze chápat kvalitu života jako rozdíl mezi vytyčenými a uskutečněnými cíli. Čím větší případný rozdíl je, tím nižší je kvalita života.

2.1 Kvalita života a zdraví

Aby lidé mohli dělat to, co chtějí, tedy směřovat k vytyčeným cílům, je nutné, aby byli zdraví. Zdraví je podstatou naší spokojenosti. Hovoříme-li o kvalitě života a zdraví, obvykle sledujeme, jaký vliv má onemocnění nebo zdravotní problémy na psychický a fyzický stav jedince, na způsob jeho života a pocit životní spokojenosti.

V medicíně se kvalita života, která se týká zdraví, označuje HRQOL – health-related quality of life.

„HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, u nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým, nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“ (Mareš a kol., 2006, s. 30).

„Evropské zdravotnické orgány říkají: HRQL představuje pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu. Rovněž oficiální definice amerického ministerstva zdravotnictví a dalších institucí zabývajících se klinickým výzkumem kvality života uvádí: HRQL je pojem, který zahrnuje mnoho oblastí, je multidoménový. Vyjadřuje pacientovo celkové vnímání vlivu nemoci a její léčby. Zachycuje pacientovo fungování přinejmenším ve třech oblastech: somatické, psychologické (včetně emoční a kognitivní) a sociální.“ (Mareš a kol., 2006, s. 32).

V případě narušení zdraví je další chování člověka ovlivněno pěti momenty (Křivohlavý, 2002):

1. Míra znepokojení a poděšení příznakem, který se u něho objevil.
2. Povaha a kvalita příznaku.
3. Míra ohrožení vzájemného vztahu daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími, tímto příznakem.
4. Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – dovolená, dokončení důležité práce.
5. Sociální sankce stojící v pozadí dané situace – propuštění z práce apod.

2.2 Metody měření kvality života

Kvalitu života dospělých osob lze hodnotit různými metodami. Metody lze dělit **podle výzkumného cíle** na kvantitativní (dotazníky, posuzovací škály), kvalitativní (rozhovory, kresby), metody smíšené a **podle použitelnosti** na generické (obecně použitelné metody), specifické (použitelné v jednom konkrétním kontextu, u konkrétního onemocnění, např. diabetes mellitus) a smíšené (generický přístup doplněn speciálním modulem, týkajícím se určité nemoci). **Z hlediska posuzovatele** rozlišujeme metody subjektivní

(posuzovatelem je sama daná osoba), metody objektivní (kvalitu života hodnotí druhá osoba – rodinný příslušník, lékař, zdravotní sestra) a metody smíšené.

2.2.1 Metody měření, kdy posuzovatelem je sama daná osoba

Podstatou takových metod je, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Je dobré zjišťovat nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější. Interní pohled na kvalitu života znamená radikální změnu v měření kvality života. Do popředí vstupuje i tzv. analýza subjektivního pozorování. Tento přístup je například podkladem **metody HRQoL** (Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví). Nový, interní přístup k problematice kvality života vychází z fenomenologického pojetí psychologie. Vlastní vnitřní svět člověka je právě ten prostor, z něhož lze porozumět chování člověka. (Křivohlavý, 2002)

Mezi dnes nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života samotným pacientem patří **metoda SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života). „Metoda SEIQoL se snaží v rozhovoru s určitou osobou zjistit aspekty života, které jsou pro daného člověka kriticky závažné. Nejde o zcela volný rozhovor, který by zřejmě byl ideálem, ale o rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tematicky omezen jen na nejdůležitější aspekty kvality života.“ (Křivohlavý, 2002, s. 243)

Za jakýsi „zlatý standard“ je v této oblasti pokládán generický dotazník **SF-36** (Short Form – tzv. krátká forma dotazníku), obecně uznávaný dotazník zaměřený na subjektivní hodnocení kvality života a celkového zdravotního stavu. Je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Vznikl ve Spojených Státech a byl vyzkoušen ve studiích v USA a Velké Británii. Je tvořen 36 otázkami a hodnotí 8 oblastí zdraví jedince: fyzický stav, psychický stav, společenskou aktivitu, funkční fyzická omezení, funkční psychická omezení, bolest, vitalitu, vlastní vnímání zdraví. Vyhodnocením výsledků získáme hodnotu v rozmezí 0–100 pro každou oblast zvlášť a průměrnou celkovou hodnotu SF-36. Čím vyšší je dosažená hodnota, tím více je jedinec v dané oblasti spokojenější a tím méně je zdravotně zatěžován. Dotazník poskytuje informace o čtyřech odlišných oblastech života a je aplikovatelný v primární péči i v oblastech menších zdravotních problémů.

2.2.2 Metody měření, kdy posuzovatelem je druhá osoba

Metody měření kvality pacientova života, kdy hodnotitelem je druhá osoba, např. lékař, zdravotní sestra, rodinný příslušník, jsou založeny na modelu „obecného pacienta“. Jedná se o objektivní srovnávání kvality života pacientů na různých odděleních, v různém stadiu nemoci, a to jak při jejím zhoršování, tak při zlepšování zdravotního stavu pacientů. Křivohlavý (2002) uvádí, že mezi tyto metody patří **metody APACHE II**. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System – Hodnoticí systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu). Předpokladem metody je, že vážnost onemocnění pacienta je možné posoudit podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Závažnost onemocnění se zjišťuje ihned při přijetí a výsledek se vyjadřuje číselně. Tato metoda je využívána často ve Velké Británii, a to zvláště na jednotkách intenzivní péče. (Křivohlavý, 2002)

Dalším přístupem k měření je **VAS** (Visual Analogous Scale – vizuální analogová stupnice). Jedná se o 10 cm dlouhou úsečku stoupající v úhlu 45° a označenou dvěma extrémy. Na levé straně je extrém zvaný „poměrně dobrý stav“, na pravé straně extrém „velice špatný stav“. Úkolem hodnotitele je udělat křížek na úsečce tam, kde se podle jeho subjektivního zdání posuzovaný pacient zrovna nachází. Forma hodnocení je velice subjektivní; rozdíly jsou patrné nejen v hodnocení pacienta různými osobami, ale také v různých časových úsecích či v různých situacích. (Křivohlavý, 2002)

K celosvětově nejpoužívanějším metodám, kdy hodnotitelem kvality života je druhá osoba, je **QL index** (Spitzer Quality of Life Index). QL index zahrnuje tato kritéria kvality pacientova života: pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech, finanční situace pacienta, způsob trávení volného času, bolesti, nálada a nepohodlí daného pacienta. (Křivohlavý, 2002)

2.2.3 Metody smíšené

Jsou kombinací metod první a druhé skupiny a patří sem například **metoda MANSA** (Manchester Short Assessment of Quality of Life – Krátký způsob hodnocení kvality života), vypracovaná univerzitou v Manchesteru. Při tomto způsobu měření kvality života se hodnotí jednak celková spokojenost se životem, jednak spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. Metoda MANSA se zaměřuje na zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebezpojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, tráve-

ním volného času, zaměstnáním. Cílem metody je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli, a podle toho pak účelně zaměřit efektivní pomoc a péči. (Křivohlavý, 2002)

2.3 Kvalita života v klimakteriu

Z hlediska kvality života je klimakterium náročné životní období, ve kterém žena prochází závažnými somatickými, psychickými a sociálními problémy. Ztrácí reprodukční schopnost, trpí subjektivním nepohodlím způsobeným klimakterickým syndromem, vlivem hormonálních změn je ohrožena různými zdravotními riziky, popřípadě se u ní již mohou projevit závažná onemocnění. Navíc věk 50 let je považován za jakýsi mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Ačkoliv je prokázáno, že každý stárne a že každý stárne individuálně, mnoho žen má s přijetím tohoto procesu problémy. Nejdůležitějšími změnami ve stáří je opotřebování orgánů. Mění se metabolismus, který se zpomaluje. Stárnutí orgánů probíhá u jednotlivých orgánů jinak a nestejnoměrně. Snižuje se fyzická výkonnost a síla a dochází k rychlejší a častější únavě. Pro ženy bývá velmi stresující fakt, že začínají šedivět, vypadávají jim vlasy, že tělo, pokožka a svaly ztrácejí elasticitu. Slábne zrak, snižuje se pružnost a pohyblivost páteře a kloubů, při námaze se snižuje vitální kapacita plic, snižuje se i výkonnost srdce, zpomalují se reakce na vnější podněty.

„Zhoršení některých funkcí a první viditelné změny vedou ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, narušují sebehodnocení a nějakým způsobem mění postoj k sobě samému. Člověk se musí vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se odhadovat svoje aktuální možnosti. Stárnoucí jedinec se může snadno, v rámci obrany popíráním, přecenit nebo může být jeho sebehodnocení mnohem horší, než by odpovídalo skutečnosti.“ (Vágnerová, 2000, s. 401)

Z hlediska sociálního dochází ke změnám rodinné konstelace a nakupení životních událostí. Žena se musí vyrovnávat s osamostatňováním a odchodem dětí ze společné domácnosti, odchodem do důchodu, popř. manželskými problémy a rozvodem, což může ženy ohrožovat pocitem osamělosti. To vše v konečném důsledku vede k hodnocení klimakteria jako období „zavírání dveří“. Mimořádnou zátěž pak představuje závažné onemocnění životního partnera a starost o rodiče. Současná společnost preferuje mládí, přitažlivost, sex a mateřství, zatímco zralou ženu vnímá jako neatraktivní, stárnoucí individuum ženského pohlaví. O to těžší je pak pro ženu vyrovnat se se všemi změnami, které

klimakterium přináší. Podle Šimůnkové (2001) průměrná středoevropská žena vnímá klimakterium spíše negativně. Je přímo zahlcena negativními myšlenkami – obavami z nemoci, ze ztráty zaměstnání, nutnosti rekvalifikace a v neposlední řadě i strachem z odchodu partnera za mladší ženou. (Šimůnková, 2001)

Na kvalitu života v klimakteriu se v předchozích letech nahlíželo především z medicínského hlediska. Snížení kvality života, tedy především nepohodlí způsobené návaly horka, bylo řešeno nasazením medikamentózní léčby – hormonální substituční terapie. Ta sice účinným způsobem pomáhá ženám zvládat symptomy klimakterického syndromu a zároveň redukuje rizika vzniku závažných onemocnění způsobených metabolickým a organickým estrogen-deficitním syndromem, ale z ošetřovatelského hlediska nemůžeme HRT považovat za jediný činitel zlepšení kvality života žen v klimakteriu. Definice kvality života z pohledu ošetřovatelství vychází z holistického přístupu k ženě-pacientce či ženě-klientce a z Maslowovy teorie potřeb. Pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje jak o fyzickém, psychickém, tak sociálním stavu jedince. Mezi další faktory, které ovlivňují kvalitu života, patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, náboženské aspekty, kulturní zázemí. Během života a v různých životních situacích se potřeby člověka mění. Klimakterium zasahuje ženu na velmi citlivém místě, často se s ním těžce vyrovnává, bilancuje, co udělala, co ji ještě čeká, co vše na ní závisí.

Na menopauzu může žena reagovat **adekvátně**; dobře se přizpůsobí, pomáhá jí rodina a okolí, dosavadní kariéra, dobré manželství. U ženy, která celý život těžce pracovala, s omezenými zkušenostmi a intelektuální kapacitou, se setkáváme s **reakcí pasivní**, je rezignovaná, ale nemá problém s adaptací. Žena přeceňující fyzické aspekty ženství bude reagovat na menopauzu **neuroticky** – depresí, úzkostí a podrážděností. U ženy ve vysokém společenském či politickém postavení se může projevit **reakce aktivní**, kdy soustředěním se na činnost v zaměstnání, potlačí klinické obtíže.

V každém případě by si žena měla vytvořit pozitivní postoj k životu a neměla by ztratit sebedůvěru, aby snadněji zvládala situace, do kterých se dostane, a požadavky, jež na ni budou kladeny. Pokud totiž bude myslet negativně, často se to odrazí na jejím zdravotním stavu a klimakterium bude prožíváno mnohem obtížněji než s pozitivním životním postojem. „Provedené výzkumy ukazují, že pokud chceme zvýšit kvalitu života žen v klimakteriu, je nutné se ženám věnovat nejen po stránce lékařské, ale také psychické. Naučit je pozitivnímu sebehodnocení, vyrovnat se s klimakteriem a získat optimismus do

života jsou základní kroky k tomu, jak efektivně zvládat životní těžkosti.“ (Vrublová, 2005, s. 10)

2.4 Metody měření kvality života v klimakteriu

„V současnosti není v české klinické praxi využívána žádná standardizovaná metoda, která by sloužila jako specifický nástroj hodnocení kvality života související se zdravím (HRQoL) u žen v období klimakteria.“ (Moravcová, Mareš, Donát, 2007)

Před více než 40 lety zavedli Kupperman a spol. pro zhodnocení závažnosti klimakterických potíží tzv. **menopauzální index** (viz příl. 6). Hodnotí se 10 příznaků: návaly horka, návaly potu, poruchy spánku, podrážděnost, depresivní stavy, závratě, poruchy koncentrace, bolesti kloubů, bolesti hlavy a bušení srdce. Kuppermanův index hodnotí především závažnost symptomů a efekt léčby, nedochází však k celkovému hodnocení kvality života ženy.

Dotazník **UQOL** (Utian Quality of Life Scale), využívaný v USA a **MRS** (Menopause Rating Scale), využívaný v evropských zemích, patří mezi metody novější. Jejich využití v běžné klinické praxi by mělo komplexněji mapovat problematiku klimakterických obtíží a jejich vliv na kvalitu života žen v tomto období. Tyto dotazníky (viz příl. 1, 2) se u nás zatím běžně neužívají, jsou předmětem studie Mgr. Markéty Moravcové, prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., a doc. MUDr. Josefa Donáta, DrSc., probíhající ve spolupráci Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové. Je prováděna jejich standardizace pro Českou republiku. Česká verze mi byla zapůjčena, takže jsem mohla využít dotazník MRS a UQOL i pro svou bakalářskou práci. Přesný popis dotazníků je uveden níže, v empirické části práce.

Ke zjišťování kvality života v klimakteriu lze využít též obecně uznávaný generický dotazník SF-36 (Short Form 36), který slouží především ke zjišťování dopadu farmakoterapie na kvalitu života v klimakteriu. Tento dotazník je popsán výše (kap. 2.2.1).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

3. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

Cílem empirické části je:

1. zjistit kvalitu života žen v klimakteriu před léčbou;
2. zjistit kvalitu života žen v klimakteriu při léčbě;
3. zjistit, zda užívání hormonální terapie ovlivňuje kvalitu života žen v klimakteriu, popř. jakým způsobem;
4. zjistit, které subjektivní symptomy klimakterického syndromu nejvíce snižují kvalitu života v klimakteriu;
5. zjistit, který ze dvou použitých dotazníků respondentkám vyhovoval více, popř. proč.

4. POUŽITÉ METODY A ZKOUMANÝ SOUBOR

4.1 Metoda výzkumu

V bakalářské práci bylo užito kvantitativních metod výzkumu formou tří dotazníků: dotazníku UQOL, tzn. Utian Quality of Life Scale (viz příl. 1), dotazníku MRS, tzn. Menopause Rating Scale (viz příl. 2) a dotazníku zpětné vazby (viz příl. 3):

1. Dotazník UQOL se skládá z názvu a autorských práv, ze vstupní části (dvě identifikační položky, položka stanovující, zda je respondentka před léčbou, či v určité fázi léčby, položka datum vyplnění dotazníku; poučení o způsobu vyplňování, legenda ke škále 1 až 5), z části s 23 škálovanými položkami a z poděkování za spolupráci.
2. Dotazník MRS se skládá z názvu včetně autorských práv, ze vstupní části (dvě identifikační položky, položka stanovující, zda je respondentka před léčbou, či v určité fázi léčby, položka datum vyplnění dotazníku; poučení o způsobu vyplňování, legenda ke škále 0 až 4), z části s 11 škálovanými položkami a z poděkování za spolupráci.
3. Dotazník zpětné vazby se skládá ze vstupní části s oslovením, vysvětlením a metodikou, z tabulky se čtyřmi položkami (tři uzavřené a jedna otevřená), z poděkování za spolupráci a jedné uzavřené dichotomické položky.

Respondentky jednak retrospektivně hodnotily kvalitu života před užíváním HRT, jednak při užívání HRT, tzn. že od každého dotazníku UQOL a MRS dostaly dvě paré. V jednom uvedly hodnocení před užíváním HRT, ve druhém během užívání HRT, přičemž podmínkou účasti šetření byla minimální doba užívání HRT tři měsíce.

Všechny tři dotazníky jsou zpracovány na jedné straně formátu A4.

Respondentkám jsem předávala dotazníky spolu s úvodním dopisem (viz příl. 4) a informovaným souhlasem klientky s účastí ve studii (viz příl. 5), jehož součástí byl též kontakt na mou osobu.

Výzkum byl zahájen říjnu 2009 v gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí. Dotazníky předával pacientkám zdravotnický personál (lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka). Návratnost dotazníků z ambulančí byla minimální (asi 20 %). Proto jsem změnila způsob administrace a dotazník zadávala osobně ženám ve svém okolí pracovním i rodinném, a to výhradně těm, které s jeho vyplňováním souhlasily. Dotazníky

jsem zadávala, dokud počet navracených dotazníků nedosáhl padesáti. Sběr dat byl ukončen v březnu 2010.

4.2 Metoda zpracování dat

Základní statistické šeeení spočívalo v tom, že jsem z navracených dotazníků vytvářela soubory vztahující se k právě jedné respondentce, číslovala je a tato data a hodnoty získané z dotazníků jsem zpracovala prostřednictvím tabulkového kalkulátoru Microsoft Excel. Jako výstupní formu jsem zvolila tabulky a sloupcové grafy.

V komentovaných tabulkách a grafech je k jednotlivým položkám dotazníků zohledněn stav respondentek před léčbou a při léčbě, a to v absolutních a relativních hodnotách.

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro dotazník byl vybrán soubor žen, dle následujících kritérií:

1. žena ve věku 49–60 let;
2. minimálně jeden rok po menopauze;
3. žena užívala minimálně tři měsíce HRT;
4. podpis informovaného souhlasu se zařazením do studie.

Sledovaný soubor tvořilo 50 žen ve věku mezi 49 a 60 lety, minimálně jeden rok po menopauze, užívajících minimálně tři měsíce hormonální substituční terapii, které nadto podepsaly informovaný souhlas (viz příl. 5) se zařazením do studie. Ženy zařazené do souboru navštěvovaly některou z gynekologických ambulancí v Hradci Králové a okolí.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu jsou prezentovány ve vztahu k druhu dotazníku, který byl při výzkumu užíván, tedy UQOL, MRS a dotazníku zpětné vazby.

5.1 Dotazník UQOL

Pro přesnost zopakuji, že respondentky vyplňovaly dotazník dvakrát: jednou retrospektivně se zaškrtnutou položkou „před léčbou“, tak jak si své obtíže pamatovaly; jednou během léčby. Ve vyhodnocení by proto měla formulace odpovídat této skutečnosti (viz vyhodnocení položky 1). Taková formulace je však poněkud složitá, a proto nadále užívám zjednodušených obrátů.

Dále považuji za důležité upozorňovat v následujícím textu na různorodou formulaci položek (►). Více k tomuto problému v diskusi.

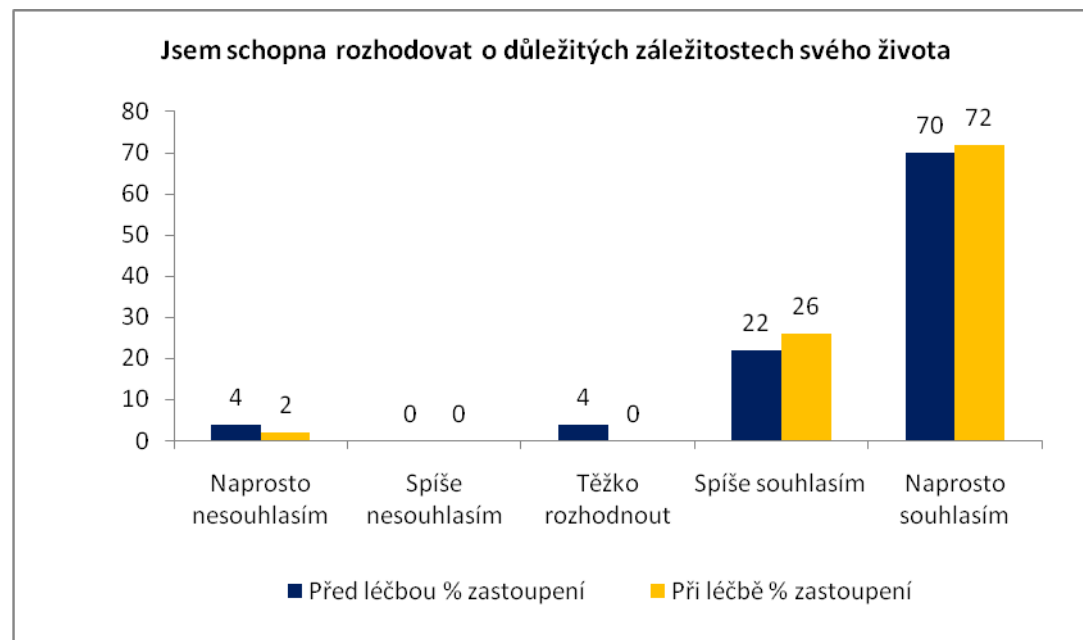
Počet položek: 23.

Položka 1: Jsem schopna rozhodovat o důležitých záležitostech svého života.

- O důležitých záležitostech svého života by byly schopny rozhodovat více než tři čtvrtiny respondentek před léčbou (46 žen, tj. 96 %) a byly schopny rozhodovat téměř všechny při léčbě (49 respondentek, tj. 98 %), přičemž naprostý souhlas uvedlo celých 70 % již před léčbou.
- S výrokem by před léčbou naprosto nesouhlasily dvě respondentky (4 %). Jedna ani při léčbě (2 %).
- „Těžko rozhodnout“ nebo „spíše nesouhlasím“ neuvedla žádná respondentka při léčbě a neuvedla by to ani před léčbou.

Tab. 1 Schopnost rozhodovat o důležitých záležitostech

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	2	4	1	2
spíše nesouhlasím	0	0	0	0
těžko rozhodnout	2	4	0	0
spíše souhlasím	11	22	13	26
naprosto souhlasím	35	70	36	72



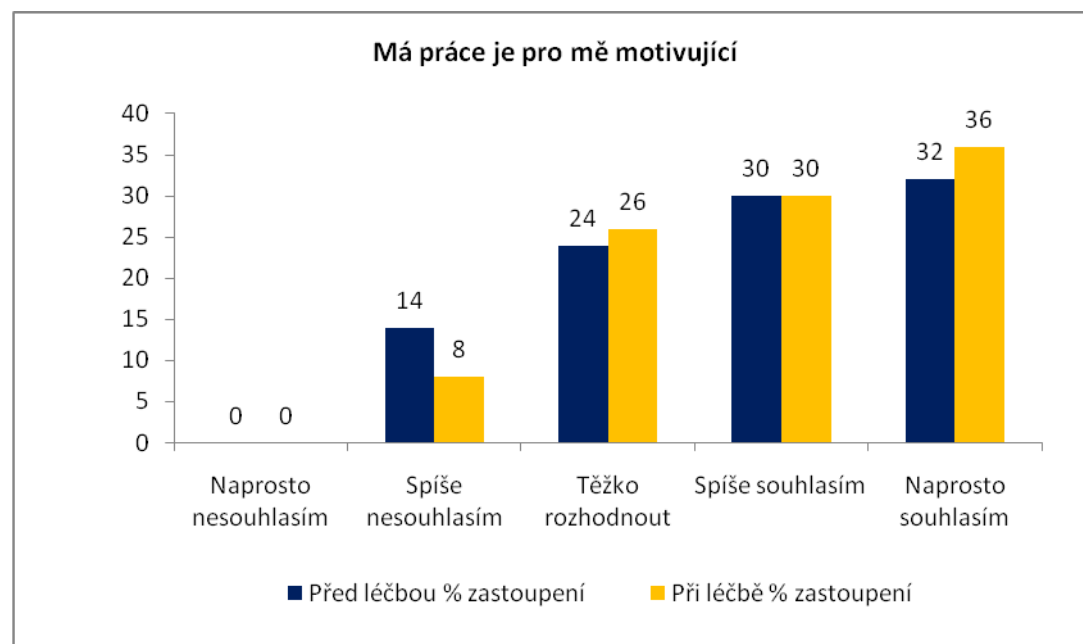
Graf 1 Schopnost rozhodovat o důležitých záležitostech

Položka 2: Má práce je pro mě motivující.

- Nadpoloviční většina respondentek potvrdila, že je práce motivuje: spíše souhlasilo 31 (62 %) žen, naprosto před léčbou i při užívání HRT (33, tj. 66 %).
- Spíše nesouhlasilo před léčbou 7 žen (14%) a při léčbě 4 (8 %).
- Těžko se rozhodovalo téměř shodně před léčbou 12 (24 %) a při léčbě 13 (26 %) žen, v průměru tedy jedna čtvrtina respondentek, což je poměrně hodně.
- Naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná žena ani před léčbou, ani při léčbě.

Tab. 2 Práce jako motivace

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	0	0	0	0
spíše nesouhlasím	7	14	4	8
těžko rozhodnout	12	24	13	26
spíše souhlasím	15	30	15	30
naprosto souhlasím	16	32	18	36



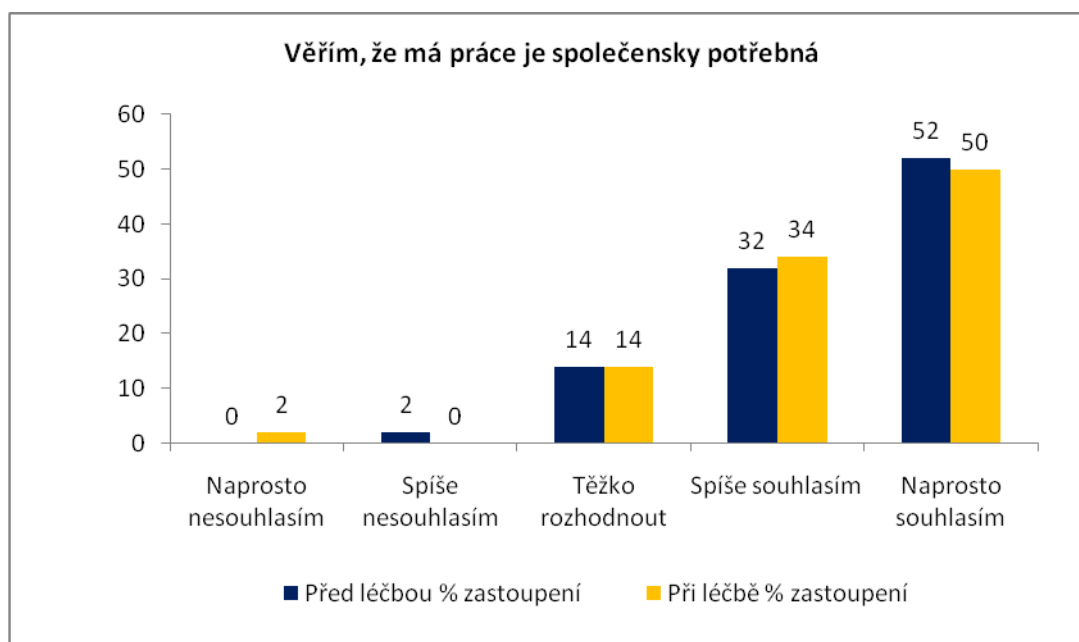
Graf 2 Práce jako motivace

Položka 3: Věřím, že má práce je společensky potřebná.

- Více než tři čtvrtiny žen před léčbou (42 žen, tj. 84 %) i při léčbě (42 žen, tj. 84 %) věří, že je jejich práce společensky potřebná, přičemž naprostý souhlas vyjádřila celá polovina při léčbě a o dvě více před léčbou.
- Naprosto nesouhlasila jediná respondentka, a to při léčbě.
- Těžko se rozhodovalo 7 žen (14 %) před léčbou i při léčbě.

Tab. 3 Víra ve společenskou potřebu práce

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	0	0	1	2
spíše nesouhlasím	1	2	0	0
těžko rozhodnout	7	14	7	14
spíše souhlasím	16	32	17	34
naprosto souhlasím	26	52	25	50

**Graf 3** Víra ve společenskou potřebu práce

Položka 4: Nejsem spokojena se svým sexuálním životem.

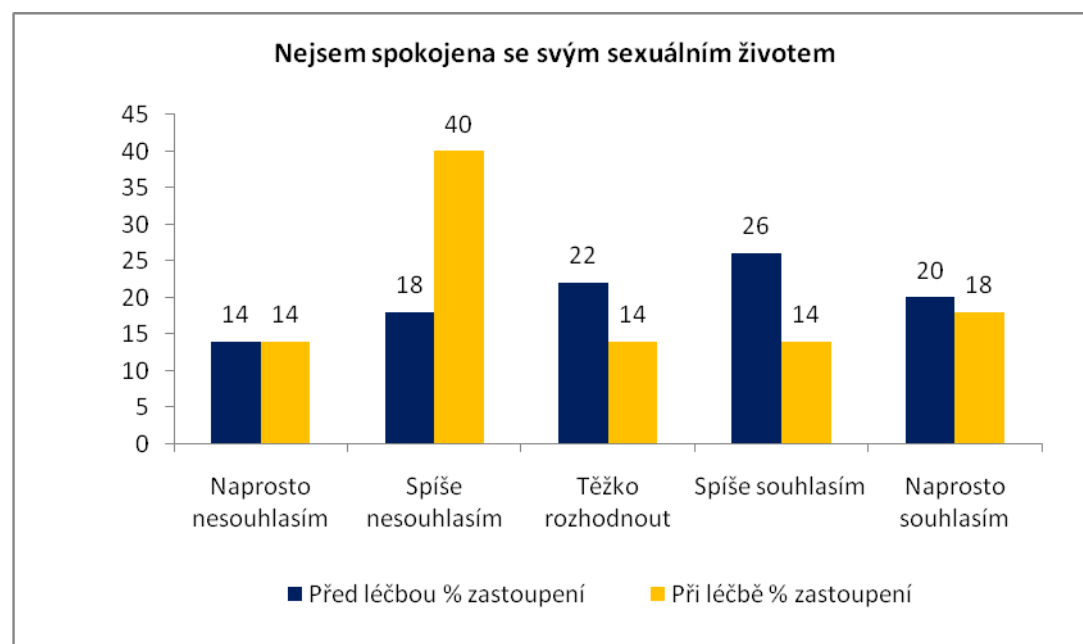
► Aby se respondenty zorientovaly v záporném tvrzení, je v položce upozornění: „Jestliže nejste spokojena, označte 5“.

Zajímalo nás, kolik respondentek není spokojeno se svým sexuálním životem.

- Naprosto bylo spokojeno 7 respondentek (14 %) před léčbou i při léčbě.
- Z hodnocení vyplývá, že před léčbou spíše nebylo spokojeno 13 respondentek (26 %), při léčbě pouze 7 (14 %).
- Naprosto nebylo spokojeno před léčbou 10 žen (20 %) a při léčbě 9 (18 %); spíše bylo spokojeno 9 žen (18 %) před léčbou a více než dvakrát tolik při léčbě (20, tj. 40 %).

Tab. 4 Nespokojenost se sexuálním životem

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	7	14	7	14
spíše nesouhlasím	9	18	20	40
těžko rozhodnout	11	22	7	14
spíše souhlasím	13	23	7	14
naprosto souhlasím	10	20	9	18



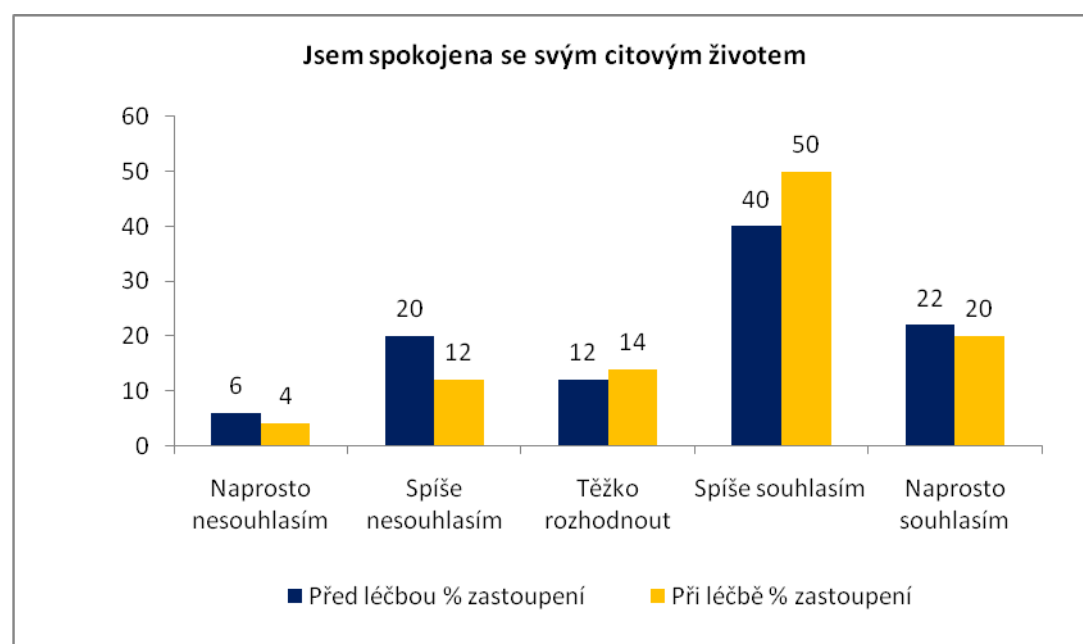
Graf 4 Nespokojenost se sexuálním životem

Položka 5: Jsem spokojena se svým citovým životem.

- Spíše souhlasila polovina léčených respondentek.
- Spíše nebo naprosto spokojeny jsou asi tři pětiny respondentek před léčbou (31, tj. 62 %) a téměř tři čtvrtiny při léčbě: 35 žen (70 %).
- Naprosto nesouhlasily pouhé 3 respondentky před léčbou (6 %) a 2 při léčbě (4 %).
- Spíše nesouhlasilo před léčbou 10 žen (20 %) a po léčbě 6 (12 %).
- Těžko se rozhodovalo 6 žen (12 %) před léčbou a 7 při léčbě (14 %).

Tab. 5 Spokojenost s citovým životem

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	3	6	2	4
spíše nesouhlasím	10	20	6	12
těžko rozhodnout	6	12	7	14
spíše souhlasím	20	40	25	50
naprosto souhlasím	11	22	10	20

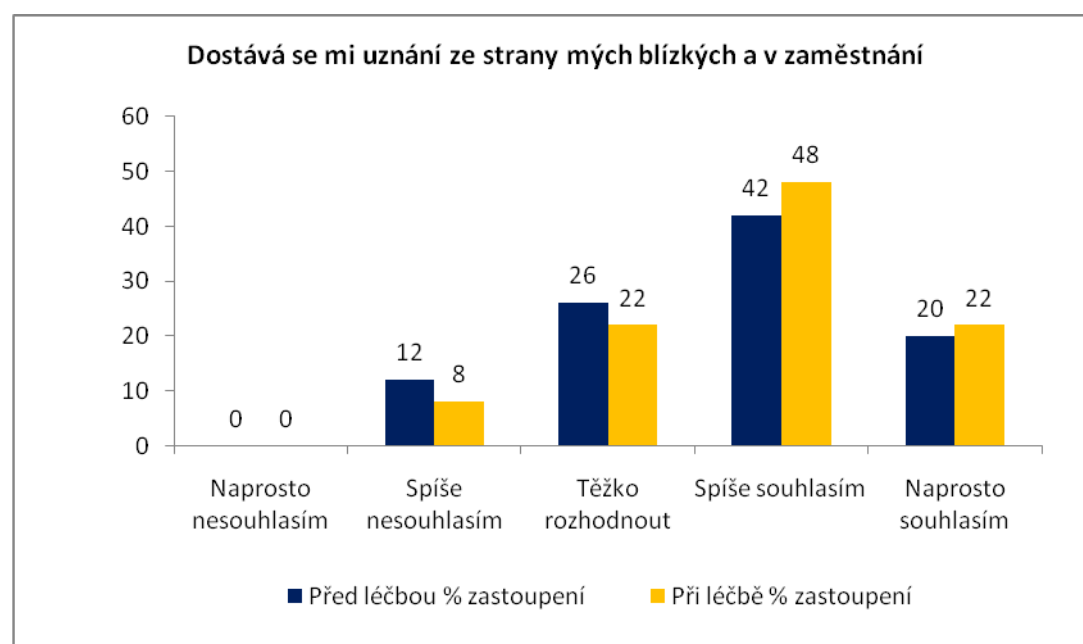
**Graf 5** Spokojenost s citovým životem

Položka 6: Dostává se mi uznání ze strany mých blízkých a v zaměstnání.

- Naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná respondentka před ani při užívání HRT(!).
- Spíše nesouhlas vyjádřilo 6 žen (12 %) před léčbou a 4 ženy (8 %) při léčbě.
- Spíše souhlas s uznáním vyjádřilo 21 žen před léčbou (42 %) a 24 po léčbě (48 %), naprostý souhlas 10 žen před léčbou (20 %) a 11 žen (22 %) při léčbě.
- Těžko se rozhodovala více než čtvrtina respondentek před léčbou (13, tj. 26 %) a méně než čtvrtina respondentek (11, 22 %) při léčbě.

Tab. 6 Uznání ze strany blízkých a v zaměstnání

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	0	0	0	0
spíše nesouhlasím	6	12	4	8
těžko rozhodnout	13	26	11	22
spíše souhlasím	21	42	24	48
naprosto souhlasím	10	20	11	22

**Graf 6** Uznání ze strany blízkých a v zaměstnání

Položka 7: Nejsem spokojena se svým vzhledem.

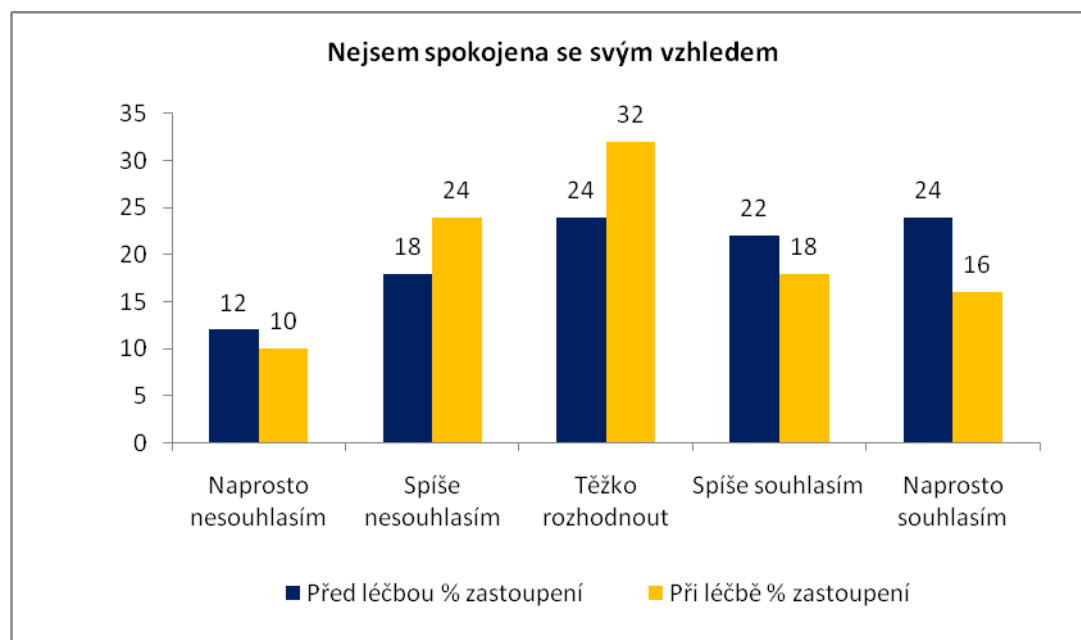
► Aby se respondentky zorientovaly v záporném tvrzení, je v položce upozornění:

„Jestliže nejste spokojena, označte 5“.

- Nejvíce žen se těžko rozhodovalo: 12 před léčbou (24 %) a 16 při léčbě (32 %).
- Nespokojenost se vzhledem vyjádřilo 23 respondentek (46 %) před léčbou, ale o šest méně při léčbě (17, tj. 34 %): naprostý souhlas s negativním výrokem: 12 respondentek před léčbou (24 %) a 8 při léčbě (16 %), spíše souhlas: 11 žen před léčbou (22 %) a 9 po léčbě (18 %).
- Spokojenost se vzhledem vyjádřilo 15 respondentek (30 %) před léčbou a o dvě více při léčbě: se záporným výrokem spíše nesouhlasilo 9 žen před léčbou (18 %) a 12 při léčbě (24 %), naprosto 6 žen před léčbou (12 %) a téměř shodně 5 při léčbě (10 %).

Tab. 7 Nespokojenost se svým vzhledem

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	6	12	5	10
spíše nesouhlasím	9	18	12	24
těžko rozhodnout	12	24	16	32
spíše souhlasím	11	22	9	18
naprosto souhlasím	12	24	8	16



Graf 7 Nespokojenost se svým vzhledem

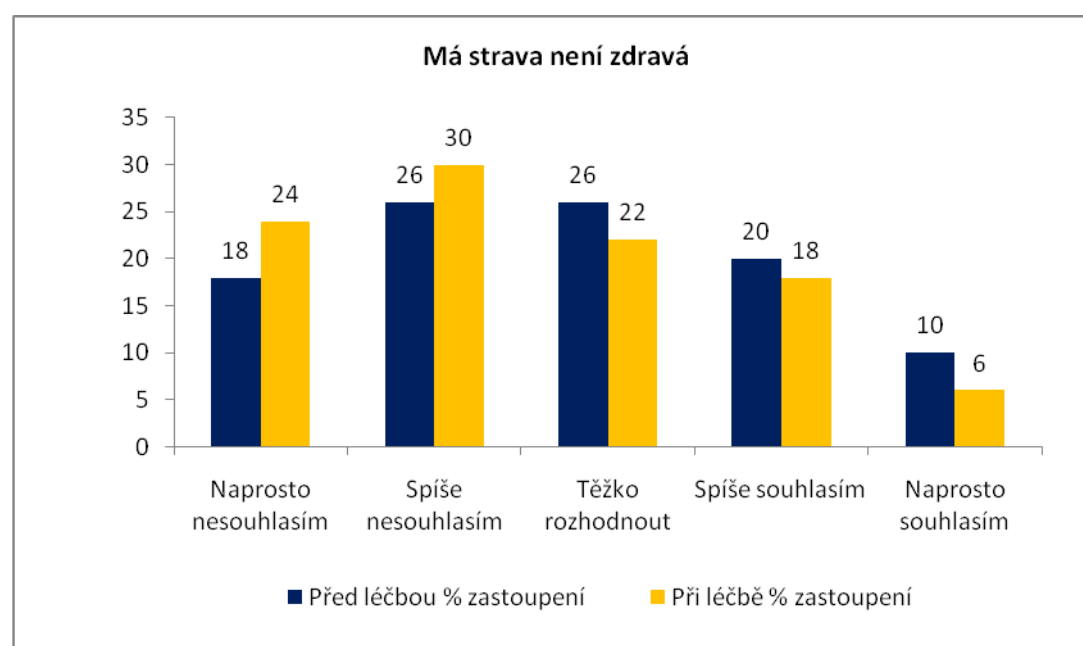
Položka 8: Má strava není zdravá.

► Záporné tvrzení bez upozornění.

- Nejvíce respondentek považuje svoji stravu za zdravou: spíše nebo naprosto s negativním výrokem nesouhlasila téměř polovina žen před léčbou (22, tj. 44 %) a nadpoloviční většina respondentek při léčbě (27, tj. 54 %).
- Spíše souhlasilo 10 žen před léčbou (20 %) a 9 žen při léčbě (18 %), naprosto souhlasilo 5 respondentek před léčbou (10 %) a 3 při léčbě (6 %).
- Těžko se rozhodovalo 13 žen před léčbou (26 %) a 11 při léčbě (22 %).

Tab. 8 Nezdravá strava

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	9	18	12	24
spíše nesouhlasím	13	26	15	30
těžko rozhodnout	13	26	11	22
spíše souhlasím	10	20	9	18
naprosto souhlasím	5	10	3	6



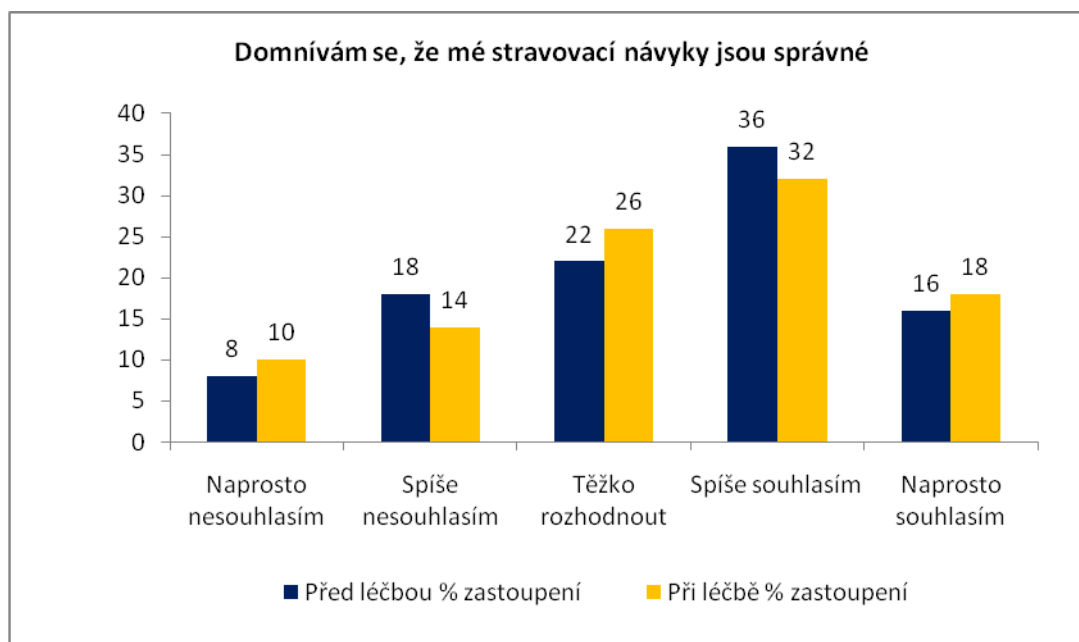
Graf 8 Nezdravá strava

Položka 9: Domnívám se, že mé stravovací návyky jsou správné.

- Zajímavé je zjištění, že přibližně polovina žen před léčbou (26 žen, 52 %) i při léčbě (25 žen, 50 %) se spíše nebo naprosto domnívá, že jejich stravovací návyky jsou správné.
- Naprosto s výrokem nesouhlasily 4 ženy před léčbou (8 %) a 5 při léčbě (10 %), spíše nesouhlasilo 9 žen před léčbou (18 %) a 7 při léčbě (14 %).
- Těžko se rozhodovalo 11 respondentek před léčbou (22 %) a 13 při léčbě (26 %).

Tab. 9 Správnost stravovacích návyků

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	4	8	5	10
spíše nesouhlasím	9	18	7	14
těžko rozhodnout	11	22	13	26
spíše souhlasím	18	36	16	32
naprosto souhlasím	8	16	9	18

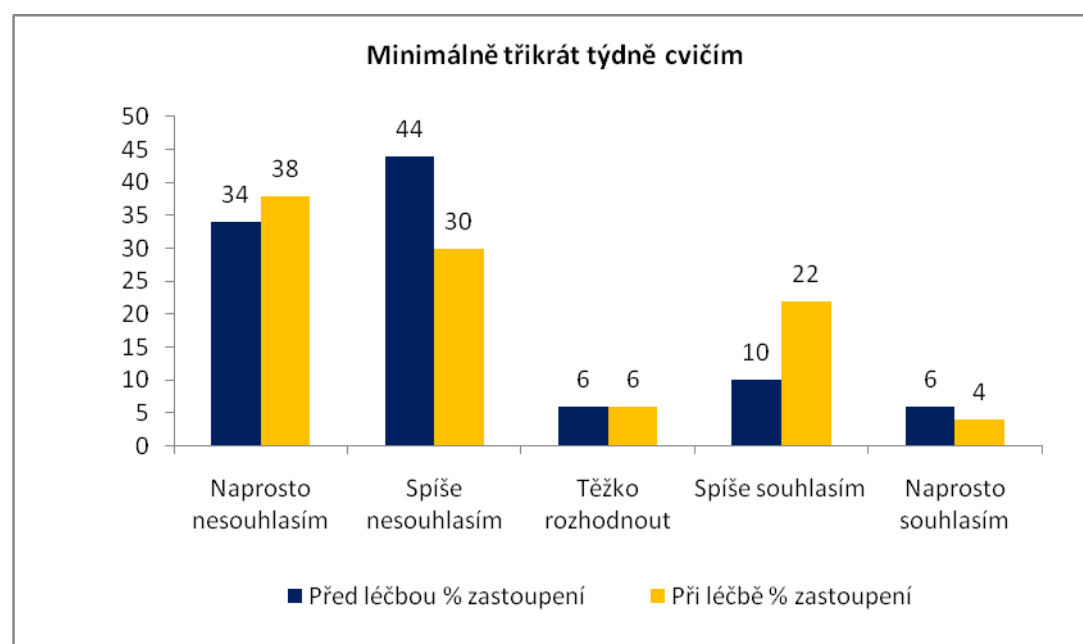
**Graf 9** Správnost stravovacích návyků

Položka 10: Minimálně třikrát týdně cvičím.

- Nejvíce respondentek s výrokem nesouhlasilo.
- Naprostý nesouhlas vyjádřily více než tři čtvrtiny žen před léčbou (39, tj. 78 %) a o pět méně při léčbě (34 žen, tj. 68 %).
- Spíše souhlasilo 5 respondentek před léčbou (10 %), při léčbě se počet zvýšil na více než dvojnásobek (11, tj. 22 %).
- Těžko se rozhodovaly shodně 3 ženy (6 %) před léčbou i při léčbě.

Tab. 10 Cvičení minimálně třikrát týdně

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	17	34	19	38
spíše nesouhlasím	22	44	15	30
těžko rozhodnout	3	6	3	6
spíše souhlasím	5	10	11	22
naprosto souhlasím	3	6	2	4

**Graf 10** Cvičení minimálně třikrát týdně

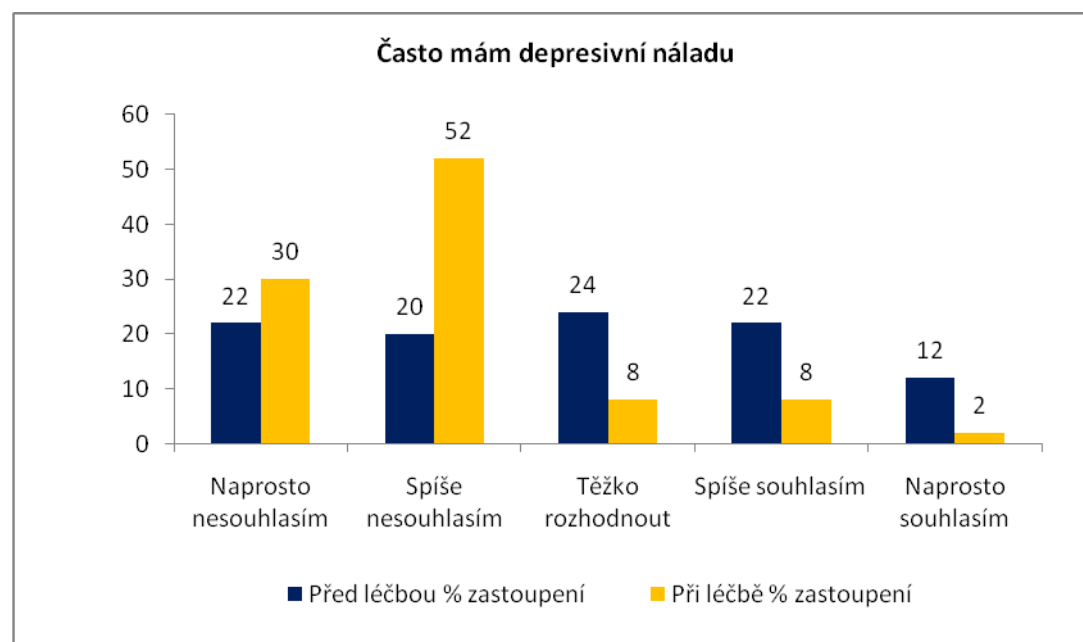
Položka 11: Často mám depresivní náladu.

► Kladný výrok o nežádoucím pocitu.

- Nejvíce respondentek vyjádřilo některou z forem nesouhlasu: 21 před léčbou a 41 při léčbě, přičemž naprostý nesouhlas uvedlo 11 žen před léčbou (22 %) a 15 při léčbě (30 %), spíše nesouhlasilo 10 před léčbou (20 %) a 26 (52 %) při léčbě, což je výrazný vzestup v pozitivním slova smyslu.
- Stejně tak v položkách potvrzujících depresivní náladu došlo k žádoucí změně: z 11 žen (22 %) před léčbou na 4 (8 %) při léčbě v položce *spíše souhlasím* a z 6 (12 %) na jedinou respondentku (2 %) v položce *naprosto souhlasím*.
- Těžko se rozhodovala téměř čtvrtina respondentek před léčbou (12, tj. 24 %), ale již třikrát méně při léčbě (4, tj. 8 %).

Tab. 11 Častost depresivní nálady

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	11	22	15	30
spíše nesouhlasím	10	20	26	52
těžko rozhodnout	12	24	4	8
spíše souhlasím	11	22	4	8
naprosto souhlasím	6	12	1	2



Graf 12 Častost depresivní nálady

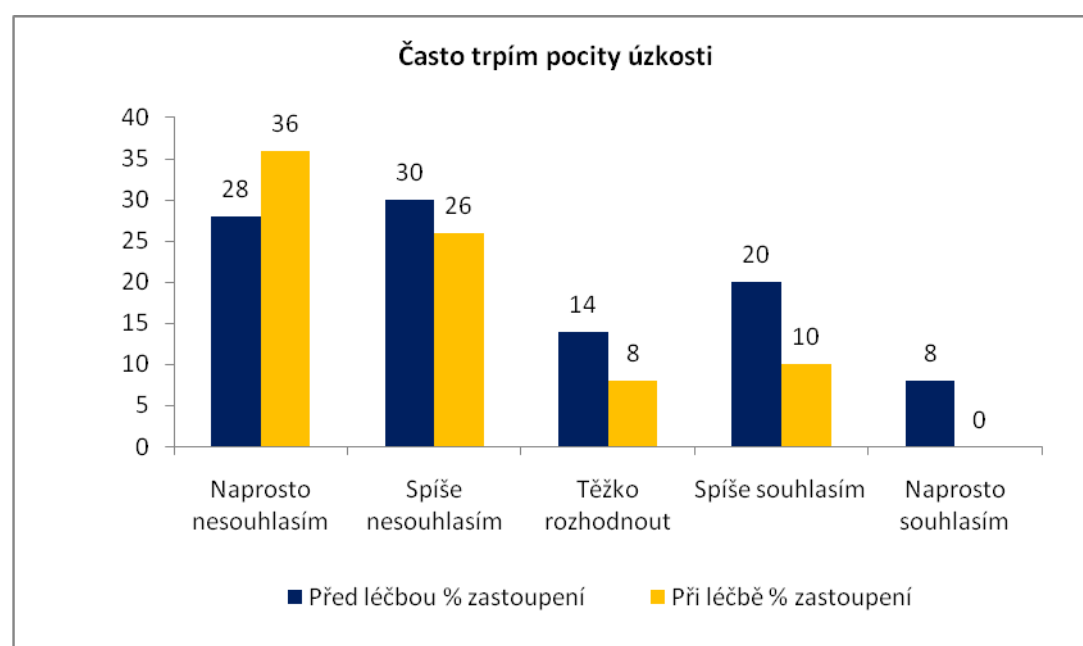
Položka 12: Často trpím pocity úzkosti.

► Kladný výrok o nežádoucím pocitu.

- Většina respondentek vyjádřila nesouhlas: 29 (58 %) před léčbou a 31 (62 %) při léčbě.
- Pocity úzkosti potvrdilo před léčbou 14 respondentek (28 %), při léčbě již jen 5 (10 %), přičemž naprosté potvrzení již nevyjádřila žádná respondentka.
- Počet respondentek, které pocity úzkosti před léčbou potvrdily spíše, klesl při léčbě na polovinu (z 10 na 5).
- Těžko se rozhodovalo před léčbou 7 respondentek (14 %), při léčbě 4 (8 %).

Tab. 12 Pocity úzkosti

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	14	28	18	36
spíše nesouhlasím	15	30	13	26
těžko rozhodnout	7	14	4	8
spíše souhlasím	10	20	5	10
naprosto souhlasím	4	8	0	0



Graf 12 Pocity úzkosti

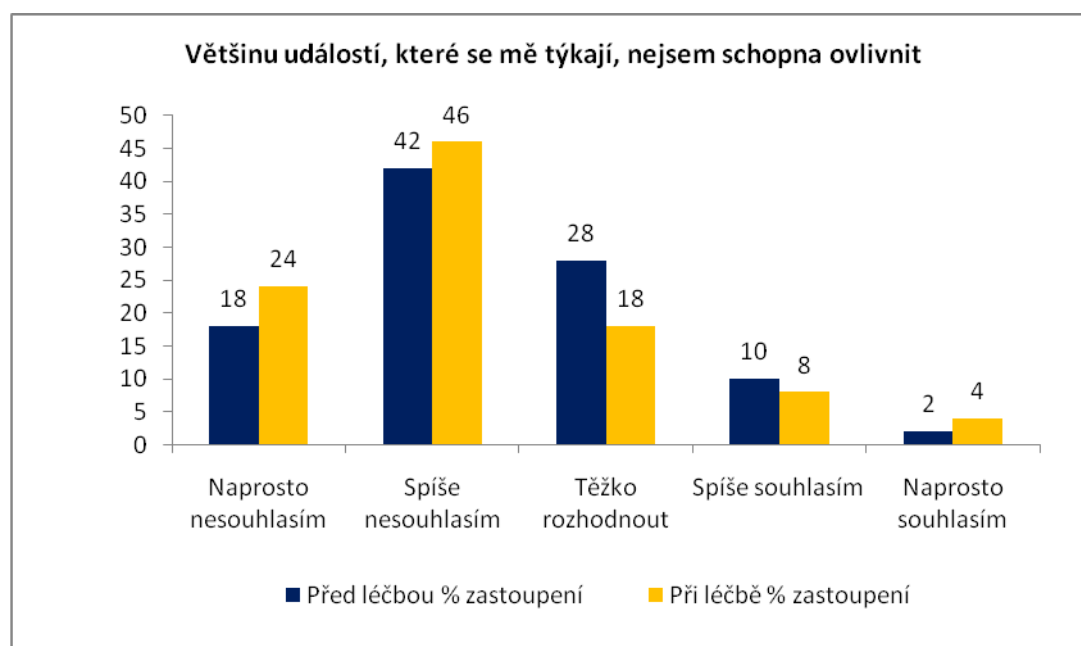
Položka 13: Většinu událostí, které se mě týkají, nejsem schopna ovlivnit.

► **Záporné tvrzení bez upozornění.**

- Více než polovina respondentek před léčbou (30, tj. 60 %) a téměř tři čtvrtiny při léčbě (35, tj. 70 %) nesouhlasí, že by nebyly schopny ovlivnit většinu událostí, jež se jich týkají.
- Těžko se rozhodovalo poměrně hodně respondentek: 14 (28 %) před léčbou a 9 (18 %) při léčbě.
- Spíše souhlasí, že není schopno ovlivnit události 5 (10 %) žen před léčbou a 4 (8 %) při léčbě, naprosto souhlasí jen mizivé procento respondentek před léčbou i při léčbě.

Tab. 13 Ovlivnění událostí

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	9	18	12	24
spíše nesouhlasím	21	42	23	46
těžko rozhodnout	14	28	9	18
spíše souhlasím	5	10	4	8
naprosto souhlasím	1	2	2	4



Graf 13 Ovlivnění událostí

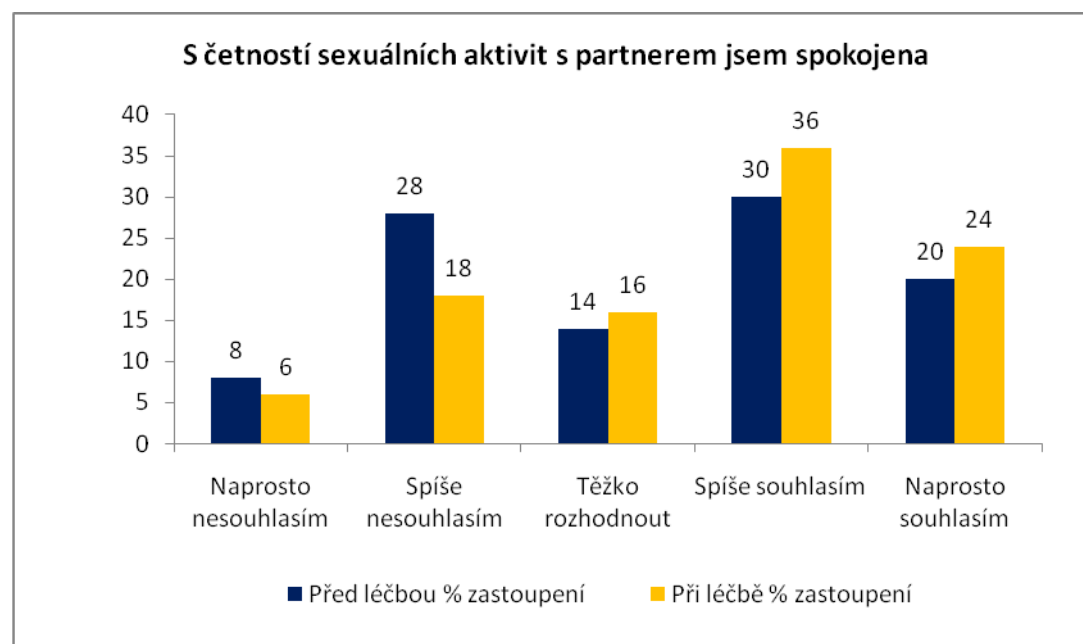
Položka 14: S četností sexuálních aktivit s partnerem jsem spokojena.

Více žen spokojenost potvrdilo než vyvrátilo.

- Spíše nebo naprosto spokojena byla polovina respondentek před léčbou (25, tj. 50 %) a více než polovina při léčbě (30, tj. 60 %).
- Naprostý nesouhlas vyjádřily 4 ženy před léčbou (8 %) a 3 při léčbě (6 %).
- Spíše nesouhlasilo 14 žen před léčbou (28 %). Při léčbě počet klesl na 9 žen (18 %).
- Těžko se rozhodovalo 7 žen před léčbou (14 %) a 8 při léčbě (16 %).

Tab. 14 Spokojenost s četností sexuálních aktivit s partnerem

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	4	8	3	6
spíše nesouhlasím	14	28	9	18
těžko rozhodnout	7	14	8	16
spíše souhlasím	15	30	18	36
naprosto souhlasím	10	20	12	24

**Graf 14** Spokojenost s četností sexuálních aktivit s partnerem

Položka 15: V současné době pociťuji fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku.

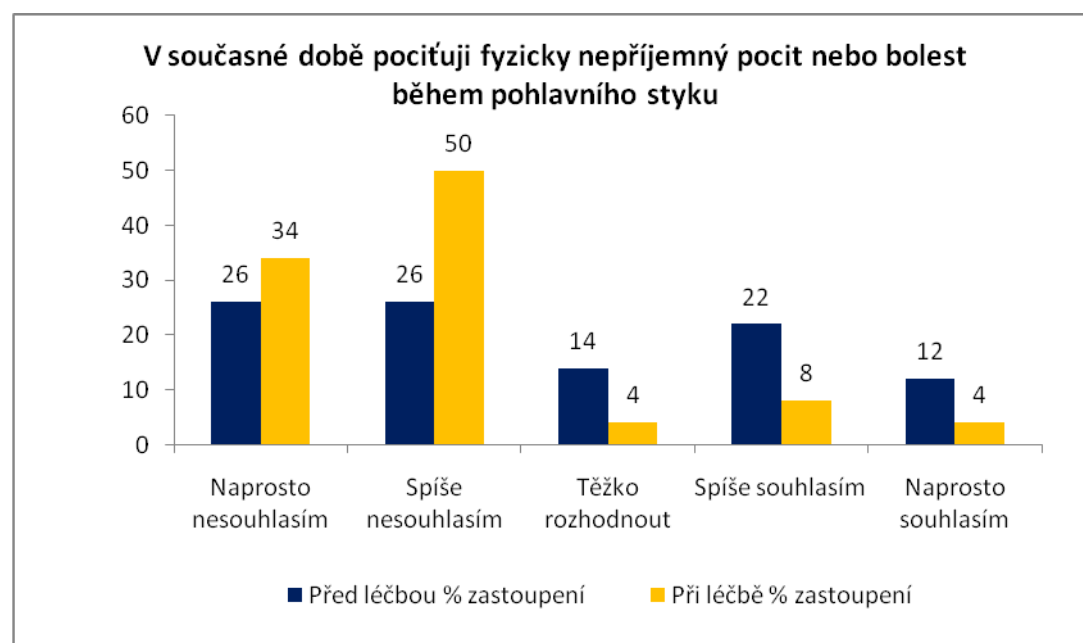
► **Kladný výrok o nežádoucím pocitu.**

Více respondentek s tvrzením nesouhlasí, zejména při léčbě.

- Nepříjemné pocity během pohlavního styku nepociťovalo 26 respondentek před léčbou (52 %), při léčbě dochází k výraznému nárůstu na 42 žen (84 %) bez potíží.
- S nepříjemným fyzickým pocitem či bolestí spíše souhlasilo před léčbou 11 žen (22 %), při léčbě klesl počet o více než polovinu na 4 (8 %); naprosto souhlasilo před léčbou 6 respondentek (12 %), po léčbě pouze 2 (4 %).
- Těžko se rozhodovalo 7 žen před léčbou (14 %) a 2 ženy při léčbě (4 %).

Tab. 15 Fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	13	26	17	34
spíše nesouhlasím	13	26	25	50
těžko rozhodnout	7	14	2	4
spíše souhlasím	11	22	4	8
naprosto souhlasím	6	12	2	4



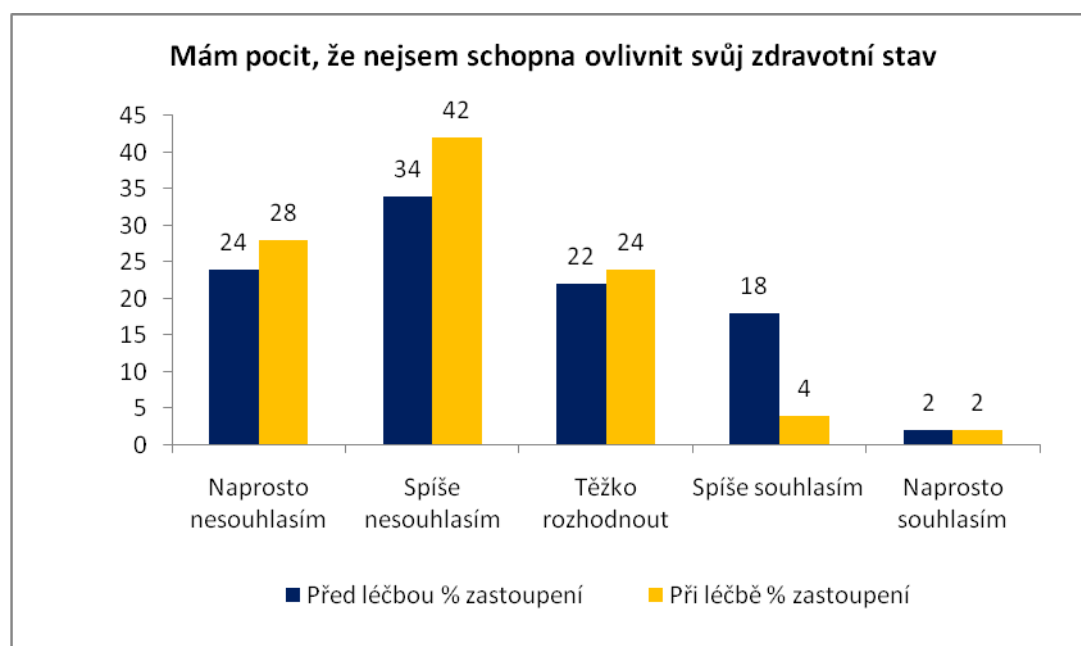
Graf 15 Fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku

Položka 16: Mám pocit, že nejsem schopna ovlivnit svůj zdravotní stav.**► Záporné tvrzení bez upozornění.**

- Více než polovina respondentek před léčbou (29 žen, 58 %) má pocit, že je schopna ovlivnit svůj zdravotní stav; při léčbě si to již myslí 70 % respondentek.
- S výrokem spíše souhlasím 9 žen před léčbou (18 %) a jen 2 ženy při léčbě (4 %), naprosto souhlasila jediná respondentka (2 %) před léčbou i při léčbě.
- Těžko se rozhodovat téměř stejný počet respondentek před léčbou (11, tj. 22 %) jako při léčbě (12, tj. 24 %).

Tab. 16 Neschopnost ovlivnit svůj zdravotní stav

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	12	24	14	28
spíše nesouhlasím	17	34	21	42
těžko rozhodnout	11	22	12	24
spíše souhlasím	9	18	2	4
naprosto souhlasím	1	2	1	2

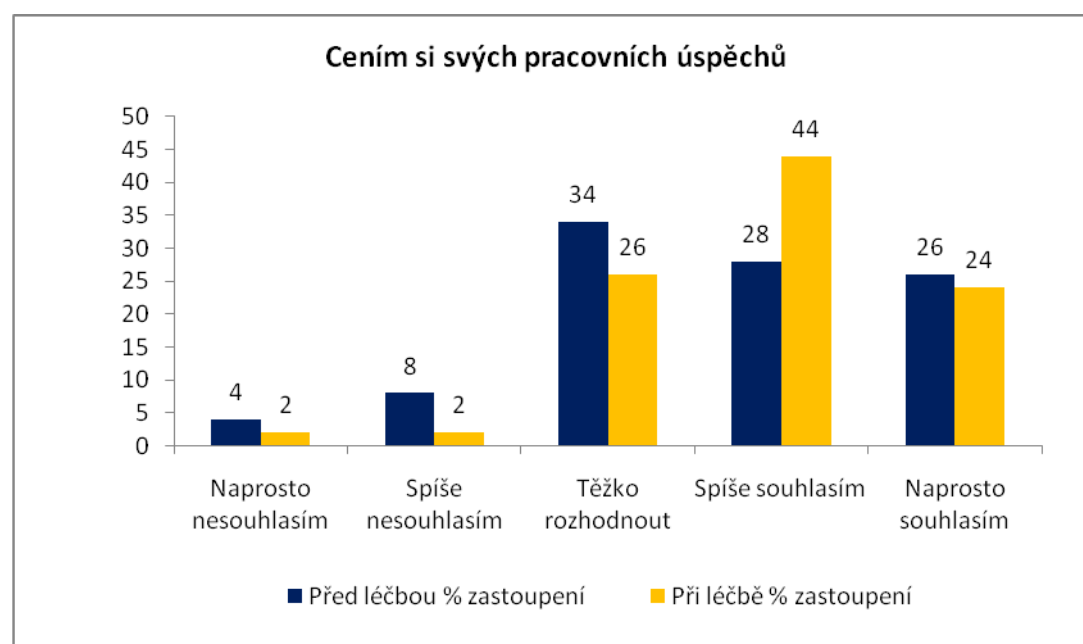
**Graf 16** Neschopnost ovlivnit svůj zdravotní stav

Položka 17: Cením si svých pracovních úspěchů.

- S výrokem spíše souhlasilo 14 žen před léčbou (28 %) a 22 žen při léčbě (44 %), naprosto souhlasilo 13 žen před léčbou (26 %) a 12 žen při léčbě (24 %),
- Těžko se rozhodovalo poměrně hodně respondentek: 17 před léčbou (34 %) a 13 při léčbě (26 %).
- Naprosto nebo spíše s výrokem nesouhlasilo jen 6 žen před léčbou (12 %) a 2 při léčbě (4 %).

Tab. 17 Ocenění svých pracovních úspěchů

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	2	4	1	2
spíše nesouhlasím	4	8	1	2
těžko rozhodnout	17	34	13	26
spíše souhlasím	14	28	22	44
naprosto souhlasím	13	26	12	24

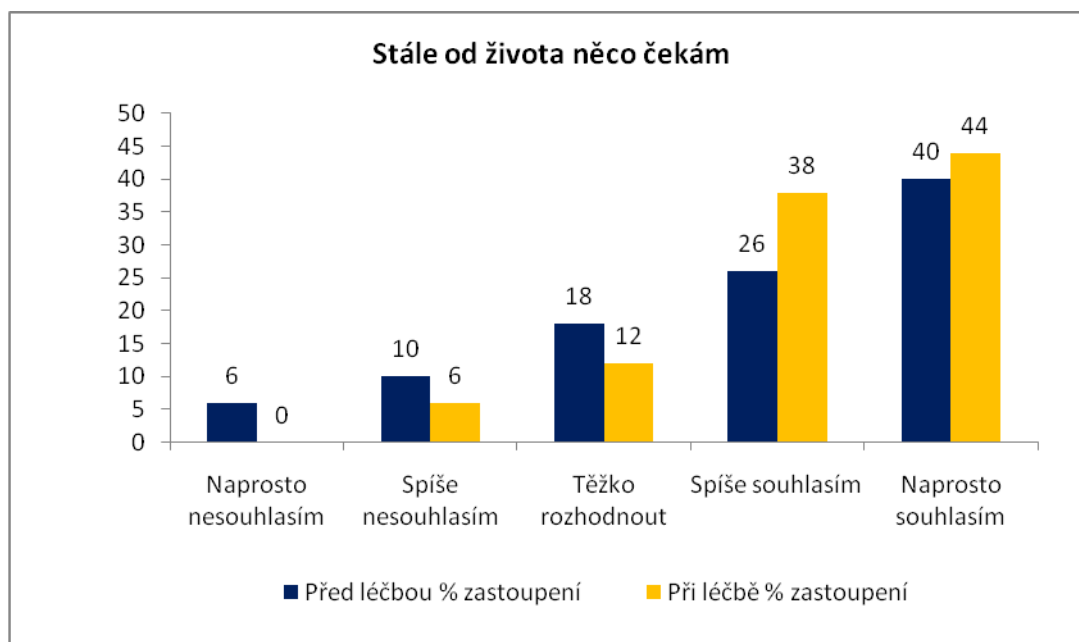
**Graf 17** Ocenění svých pracovních úspěchů

Položka 18: Stále od života něco čekám.

- Více než polovina žen před léčbou (66 %) a více než tři čtvrtiny žen při léčbě (82 %) uvedly, že stále od života něco čekají.
- Těžko se rozhodovalo 9 žen před léčbou (18 %) a 6 žen při léčbě (12 %).
- Spíše nesouhlasilo před léčbou 5 žen (10 %) a při léčbě 3 ženy (6 %).
- S výrokem naprosto nesouhlasily 3 respondentky (6 %) před léčbou, při léčbě žádná.

Tab. 18 Očekávání od života

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	3	6	0	0
spíše nesouhlasím	5	10	3	6
těžko rozhodnout	9	18	6	12
spíše souhlasím	13	26	19	38
naprosto souhlasím	20	40	22	44



Graf 18 Očekávání od života

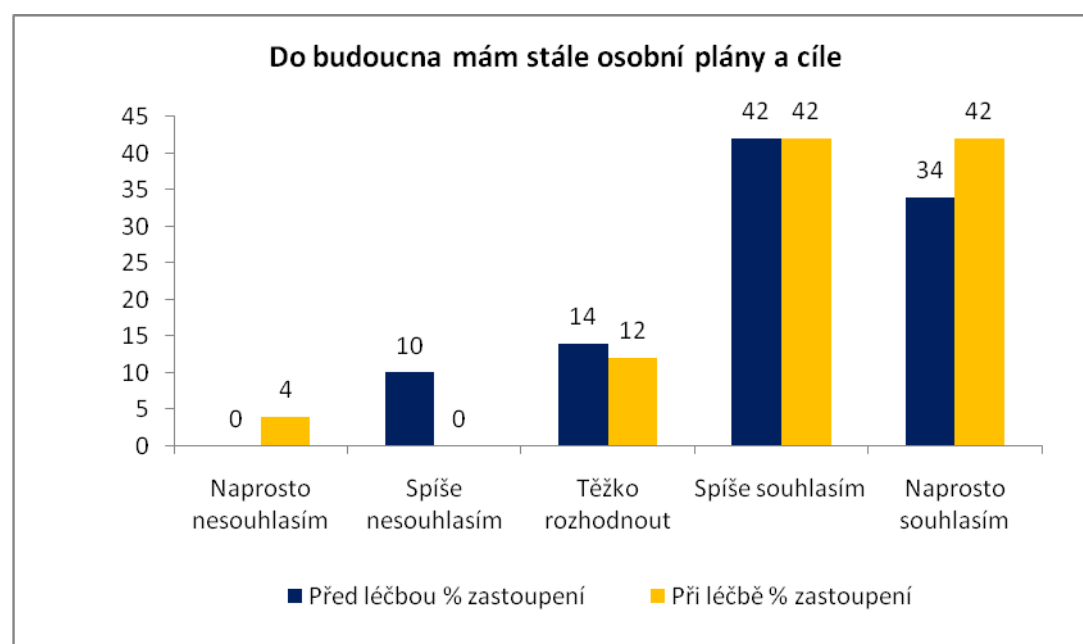
- Domnívám se, že výrok „Stále od života něco čekám“ není jednoznačný, lze jej chápat více způsoby; více viz diskuze.

Položka 19: Do budoucna mám stále osobní plány a cíle.

- Převážná většina respondentek má do budoucna osobní plány a cíle, a to jak před léčbou (76 %), tak při léčbě (84 %).
- Těžko se rozhodovalo 7 žen před léčbou (14 %) a 6 žen při léčbě (12 %). Naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná žena před léčbou a překvapivě jej vyjádřily dvě ženy při léčbě (4 %).
- Spíše nesouhlasilo 5 žen před léčbou (10 %) a již žádná respondentka při léčbě.

Tab. 19 Osobní plány a cíle do budoucna

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	0	0	2	4
spíše nesouhlasím	5	10	0	0
těžko rozhodnout	7	14	6	12
spíše souhlasím	21	42	21	42
naprosto souhlasím	17	34	21	42

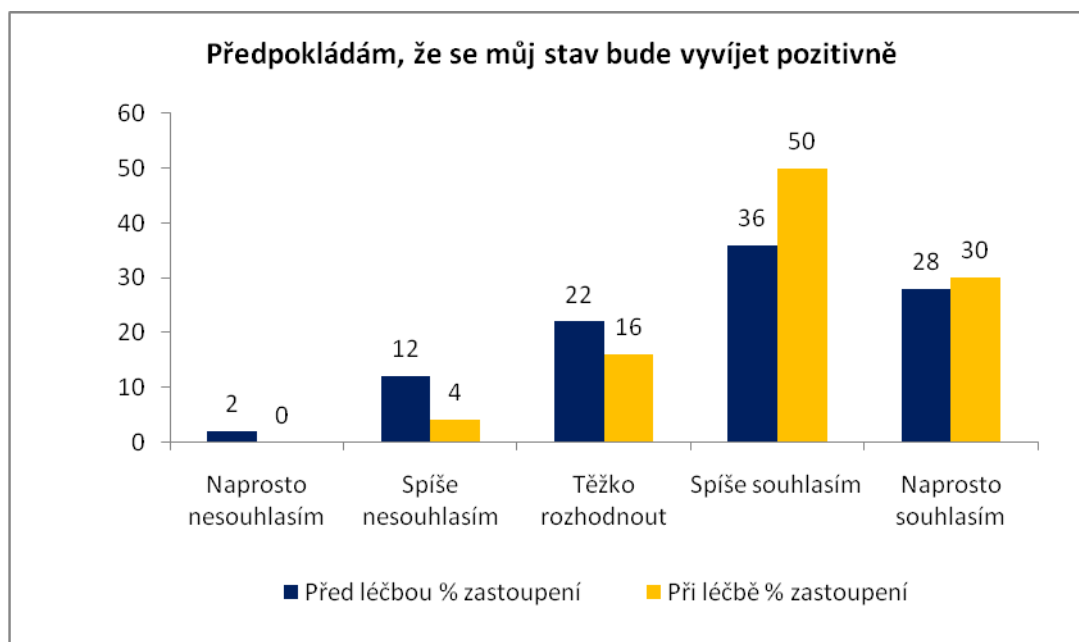
**Graf 19** Osobní plány a cíle do budoucna

Položka 20: Předpokládám, že se můj stav bude vyvíjet pozitivně.

- Z hodnocení vyplývá, že více než polovina žen před léčbou (32, tj. 64 %) předpokládá, že se jejich stav bude vyvíjet pozitivně, při léčbě je to již naprostá většina žen (40, tj. 80 %).
- Těžko se rozhodovalo 11 respondentek před léčbou (22 %) a 8 při léčbě (16 %).
- Naprostý nesouhlas s výrokem uvedla jediná žena před léčbou (2 %) a žádná při léčbě, spíše nesouhlasilo 6 žen před léčbou (12 %) a jen 2 při léčbě (4 %).

Tab. 20 Předpoklad pozitivního vývoje stavu

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	1	2	0	0
spíše nesouhlasím	6	12	2	4
těžko rozhodnout	11	22	8	16
spíše souhlasím	18	36	25	50
naprosto souhlasím	14	28	15	30

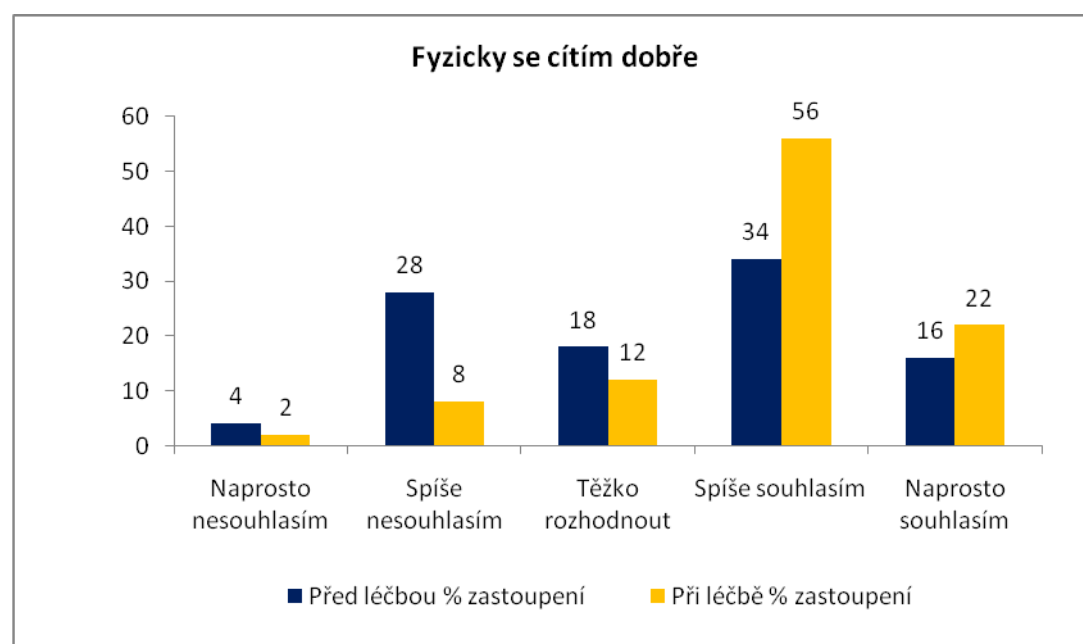
**Graf 20** Předpoklad pozitivního vývoje stavu

Položka 21: Fyzicky se cítím dobře.

- Polovina žen před léčbou uvedla, že spíše nebo naprosto souhlasí s tím, že se fyzicky cítí dobře, při léčbě totéž uvádějí již tři čtvrtiny žen (39, tj. 78 %).
- 9 žen před léčbou (18 %) a 6 při léčbě (12 %) se těžko se rozhodovalo.
- Naprosto nesouhlasilo mizivé procento žen před léčbou i při léčbě. Spíše nesouhlasilo 14 žen před léčbou (28 %) a při léčbě došlo k výraznému poklesu na 4 respondentky (8 %).

Tab. 21 Dobrý fyzický pocit

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	2	4	1	2
spíše nesouhlasím	14	28	4	8
těžko rozhodnout	9	18	6	12
spíše souhlasím	17	34	28	56
naprosto souhlasím	8	16	11	22

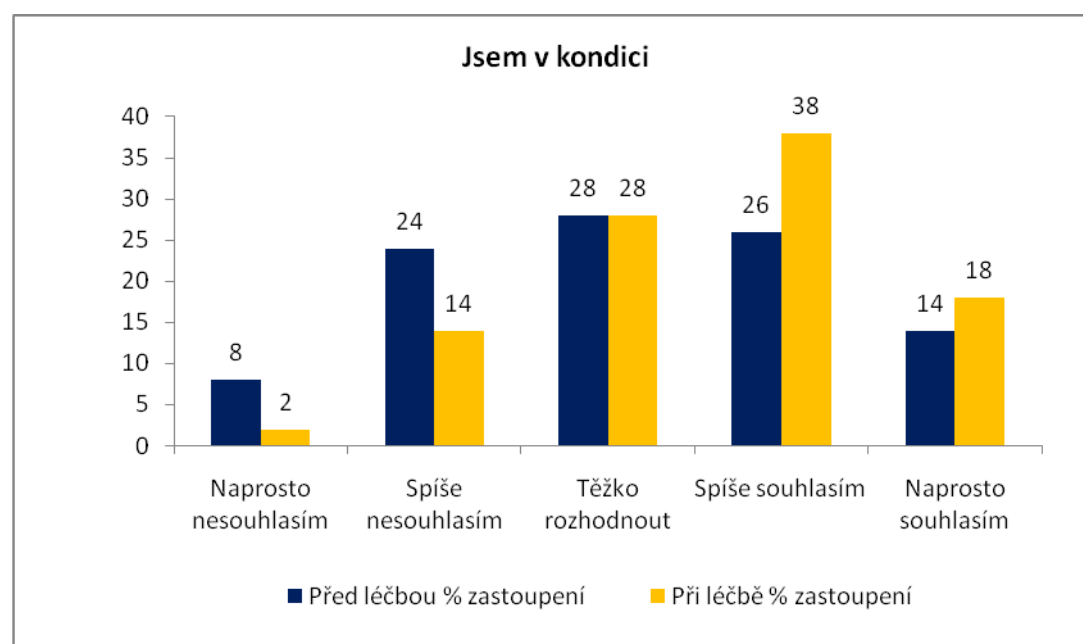
**Graf 21** Dobrý fyzický pocit

Položka 22: Jsem v kondici.

- V kondici se cítí být (spíše nebo naprosto) 20 žen před léčbou (40 %); při léčbě se počet zvyšuje na 28 respondentek (56 %).
- Těžko se rozhodoval před léčbou i při ní shodný počet, a to 14 dotazovaných (28 %).
- Naprosto nesouhlasí s výrokem 4 ženy před léčbou (8 %) a jedna při léčbě (2 %).
- Spíše nesouhlasilo 12 respondentek před léčbou (24 %), při léčbě došlo k poklesu na 7 (14 %)

Tab. 22 Kondice

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	4	8	1	2
spíše nesouhlasím	12	24	7	14
těžko rozhodnout	14	28	14	28
spíše souhlasím	13	26	19	38
naprosto souhlasím	7	14	9	18



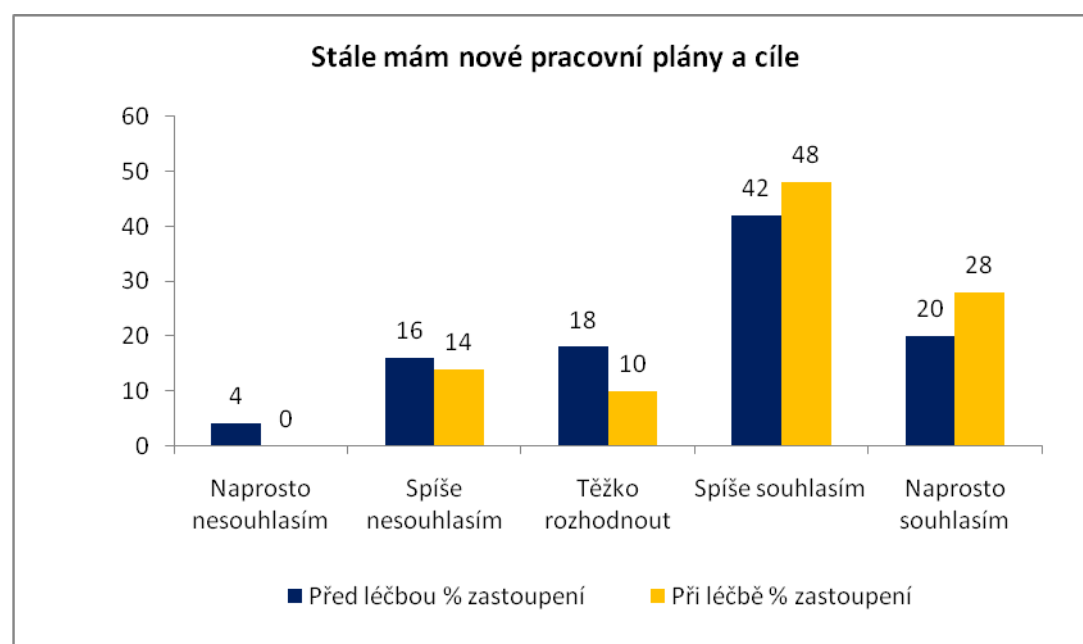
Graf 22 Kondice

Položka 23: Stále mám nové pracovní plány a cíle.

- Více než polovina dotazovaných před léčbou (31, tj. 62 %) má stále nové cíle a plány, při léčbě se jejich počet ještě zvýšil, a to na tři čtvrtiny (38, tj. 76 %).
- Těžko se rozhodovalo 9 žen před léčbou (18 %) a 5 žen při léčbě (10 %).
- Naprostý nesouhlas s výrokem vyjádřily dvě ženy před léčbou (4 %) a žádná při léčbě. Spíše nesouhlasil téměř stejný počet žen před léčbou (8 respondentek, tj. 16 %) i při léčbě (7 respondentek, tj. 14 %).

Tab. 23 Nové pracovní plány a cíle

Položka dotazníku	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
naprosto nesouhlasím	2	4	0	0
spíše nesouhlasím	8	16	7	14
těžko rozhodnout	9	18	5	10
spíše souhlasím	21	42	24	48
naprosto souhlasím	10	20	14	28

**Graf 23** Nové pracovní plány a cíle

5.2 Dotazník MRS

Počet položek: 11.

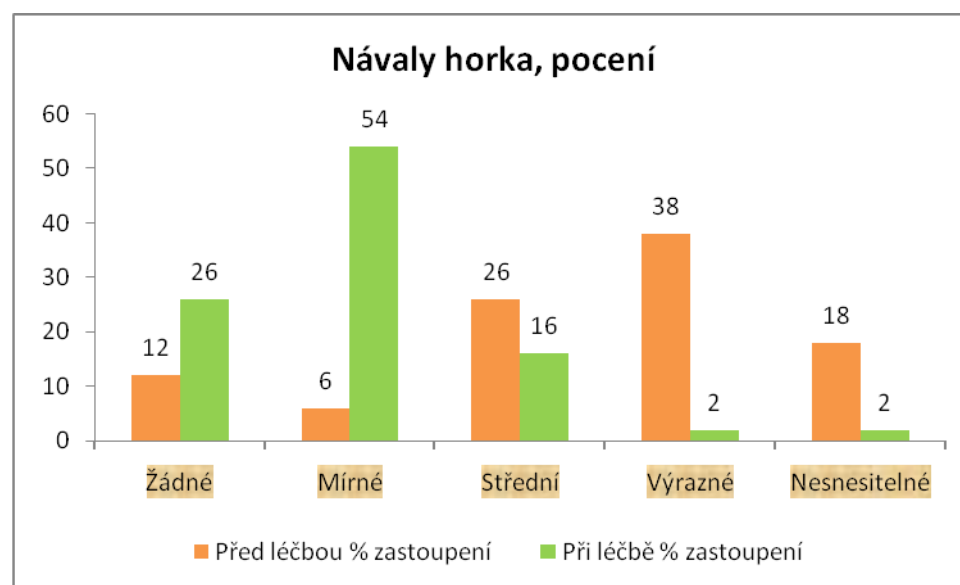
Položka 1: Návaly horka, pocení

Z následující tabulky a zejména grafu je patrné, že návaly horka a pocení různé intenzity trápí většinu dotazovaných žen.

- Střední až výrazné obtíže udávala více než polovina žen před léčbou (32, tj. 64 %); při léčbě došlo k rapidnímu poklesu na 9 žen (18 %).
- Žádné obtíže udávalo před léčbou jen 6 žen (12 %) a mírné obtíže 3 ženy (6 %); po léčbě jejich počet stoupl na: **dvojnásobek** žen s žádnými obtížemi (13, tj. 26 %) a dokonce **devítinásobek** žen s mírnými obtížemi (27, tj. 54 %).
- Nesnesitelné obtíže před léčbou udávalo 9 žen (18 %), při léčbě jediná (2 %).

Tab. 24 Návaly horka, pocení

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	6	12	13	26
mírné	3	6	27	54
střední	13	26	8	16
výrazné	19	38	1	2
nesnesitelné	9	18	1	2



Graf 24 Návaly horka, pocení

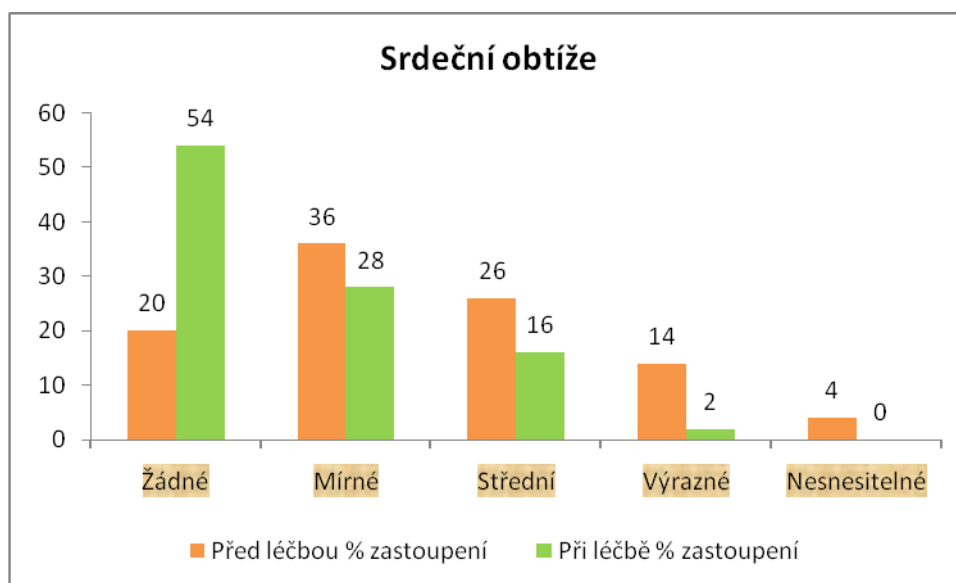
Položka 25: Srdeční obtíže

Zde nás zajímalo, zda a v jaké míře se u žen objevují srdeční obtíže typu bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep či pocit tísně.

- Nejvíce respondentek uvádělo mírné potíže před léčbou a žádné při léčbě: žádné nebo mírné obtíže uvedlo před léčbou 28 dotazovaných (56 %), při léčbě počet stoupl na 41 žen (82 %).
- Střední míru obtíží uvedlo před léčbou 13 žen (26 %), po léčbě 8 žen (16 %).
- Výrazné nebo nesnesitelné potíže udávalo před léčbou 9 žen (18 %), přičemž nesnesitelné 2 ženy (4 %); při léčbě nesnesitelné již žádná, výrazné jedna žena (2 %).

Tab. 25 Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	10	20	27	54
mírné	18	36	14	28
střední	13	26	8	16
výrazné	7	14	1	2
nesnesitelné	2	4	0	0



Graf 25 Srdeční obtíže

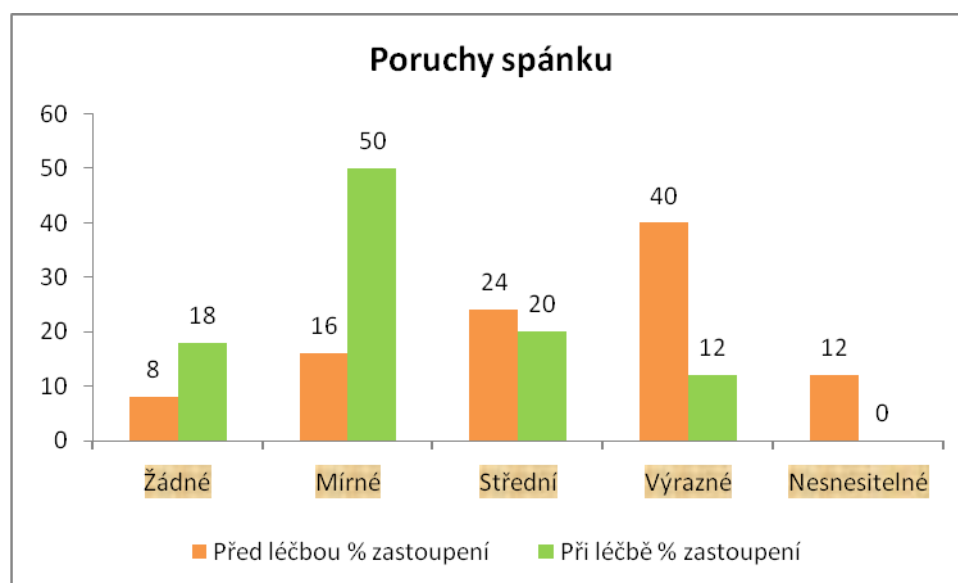
Položka 3: Poruchy spánku

Poruchy spánku typu potíže s usínáním, předčasné probouzení či potíže s trváním spánku měly před léčbou všechny ženy. Léčbou se stav zlepšil.

- Nesnesitelné obtíže před léčbou udávalo 6 žen (12 %), při léčbě však již žádná.
- Výrazné obtíže před léčbou udávalo 20 žen (40 %), při léčbě jejich počet klesl na méně než třetinu (6 žen, tj. 12 %).
- Středně intenzivní obtíže před léčbou udávalo 12 žen (24 %), při léčbě 10 žen (20 %).
- Žádné nebo mírné obtíže se spánkem mělo před léčbou 12 žen (24 %), při léčbě jejich počet žádoucím způsobem stoupl: téměř na tři čtvrtiny (34, tj. 68 %), přičemž počet žen s mírnými potížemi stoupl z 8 na 25 a se žádnými ze 4 na 9.

Tab. 26 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	4	8	9	18
mírné	8	16	25	50
střední	12	24	10	20
výrazné	20	40	6	12
nesnesitelné	6	12	0	0



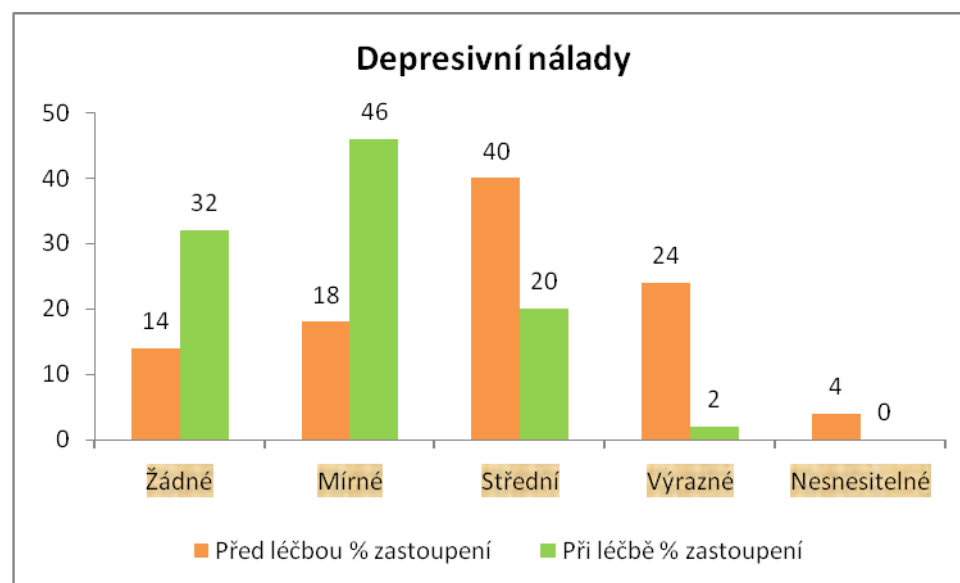
Graf 26 Poruchy spánku

Položka 4: Depresivní nálady

- Z celkového počtu 50 respondentek udával před léčbou největší počet (20 žen, tj. 40 %) depresivní nálady, jako jsou pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie a proměnlivost nálad, střední intenzity. Při léčbě jejich počet klesl na polovinu (10 žen, tj. 20 %).
- Výrazné potíže udávalo 12 žen před léčbou (24 %) a pouze jedna při léčbě (2 %), nesnesitelnými obtížemi trpěly dvě ženy před léčbou (4 %), při léčbě již žádná.
- Jak ukazuje tabulka, pokles počtu žen se středními a výraznými potížemi před léčbou souvisí s nárůstem počtu žen udávajících mírné obtíže při léčbě či žádné z 16 (32 %) před léčbou na 39 (78 %) při léčbě.

Tab. 27 Depresivní nálady

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	7	14	16	32
mírné	9	18	23	46
střední	20	40	10	20
výrazné	12	24	1	2
nesnesitelné	2	4	0	0



Graf 27 Depresivní nálady

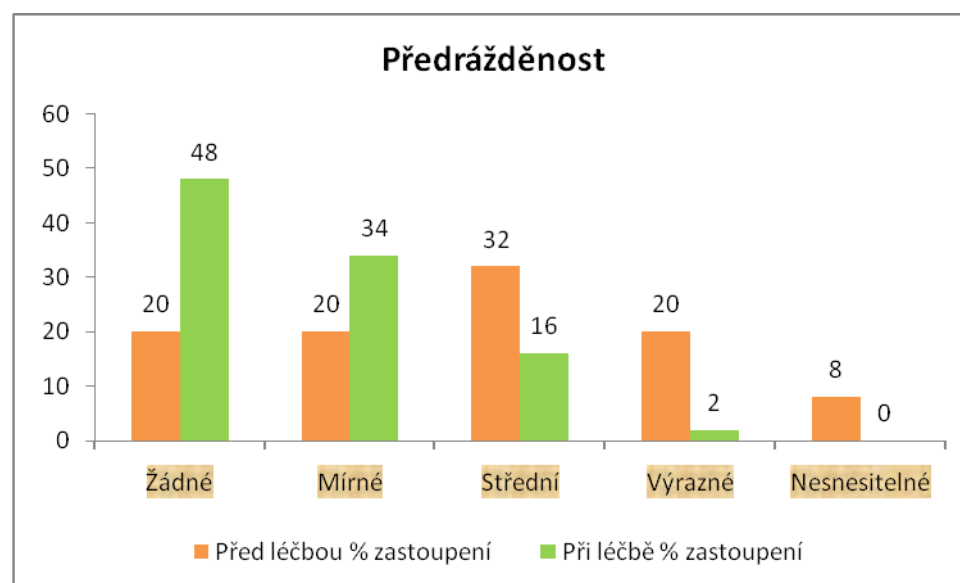
Položka 5: Předrážděnost

V této položce nás zajímalo, nakolik byly či jsou respondentky nervozní, nakolik cítí vnitřní tíseň a jsou agresivní.

- Opět největší počet žen (16, tj. 32 %) udával před léčbou potíže střední intenzity, po léčbě klesl počet žen se středními potížemi na polovinu (8 respondentek, tj. 16 %).
- Výrazné potíže udávalo před léčbou 10 žen (20 %), při léčbě však jediná žena (2 %).
- Nesnesitelnými obtížemi trpěly 4 ženy před léčbou (8 %), při léčbě žádná.
- Žádnou nebo mírnou předrážděností před léčbou shodně trpělo 10 žen (20 %), při léčbě jejich počet stoupl u mírné předrážděnosti na 17 žen (34 %) a u žádné až na 24 respondentek (48 %).

Tab. 28 Předrážděnost

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	10	20	24	48
mírné	10	20	17	34
střední	16	32	8	16
výrazné	10	20	1	2
nesnesitelné	4	8	0	0



Graf 28 Předrážděnost

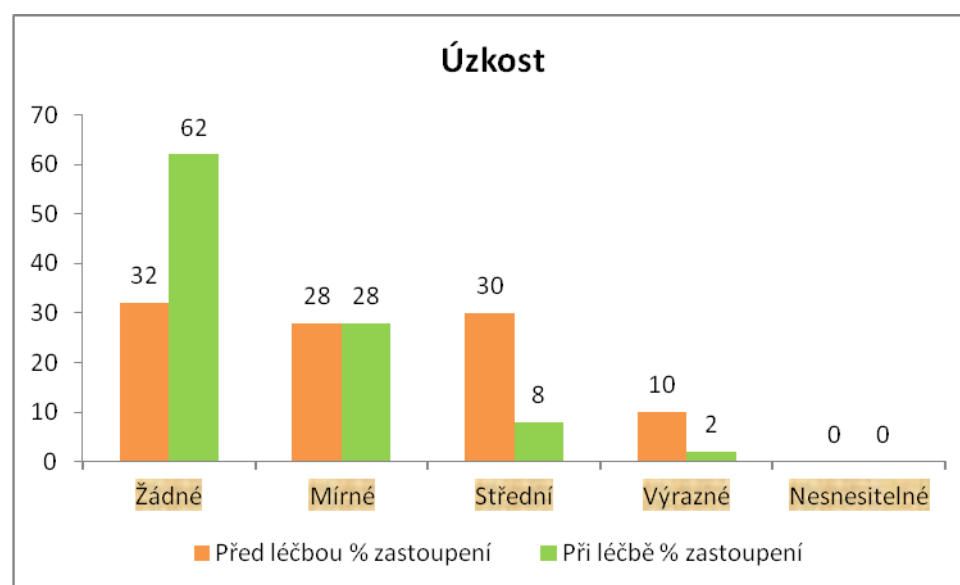
Položka 6: Úzkost

Úzkost typu vnitřní roztěkanosti a pocitů paniky ženy před léčbou výrazně nezatěžovala.

- Nesnesitelnou úzkost neudávala žádná respondentka.
- Při léčbě již 90 % respondentek (45) necítilo žádnou úzkost nebo jen mírnou.
- Střední, mírnou nebo žádnou úzkost udávalo v průměru 15 žen (30 %), výraznou úzkost 5 žen (10 %) a nesnesitelnou neudávala žádná respondentka.
- Střední úzkostí při léčbě trpěly 4 ženy (8 %), výraznou jedna žena (2 %).

Tab. 29 Úzkost

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	16	32	31	62
mírné	14	28	14	28
střední	15	30	4	8
výrazné	5	10	1	2
nesnesitelné	0	0	0	0



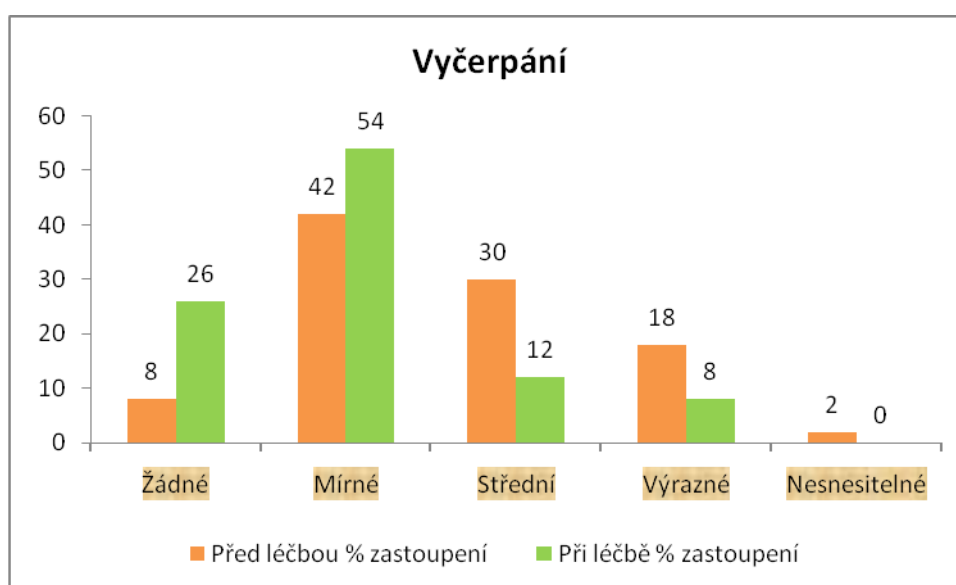
Graf 29 Úzkost

Položka 7: Vyčerpání

- Z celkového počtu 50 respondentek udávalo před léčbou střední intenzitu vyčerpání 15 žen (30 %), při léčbě jejich počet klesl na 6 (12 %); výrazné vyčerpání, jako je pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání, před léčbou cítilo 9 žen (18 %), při léčbě jen 4 dotazované (8 %).
- Nesnesitelně vyčerpaná byla před léčbou jedna respondentka (2 %), při léčbě již žádná.
- Žádnou nebo mírnou vyčerpanost cítila před léčbou polovina žen (25 respondentek, tj. 50 %), při léčbě to bylo více než tři čtvrtiny žen (40 respondentek, tj. 80 %).

Tab. 30 Vyčerpání

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	4	8	13	26
mírné	21	42	27	54
střední	15	30	6	12
výrazné	9	18	4	8
nesnesitelné	1	2	0	0



Graf 30 Vyčerpání

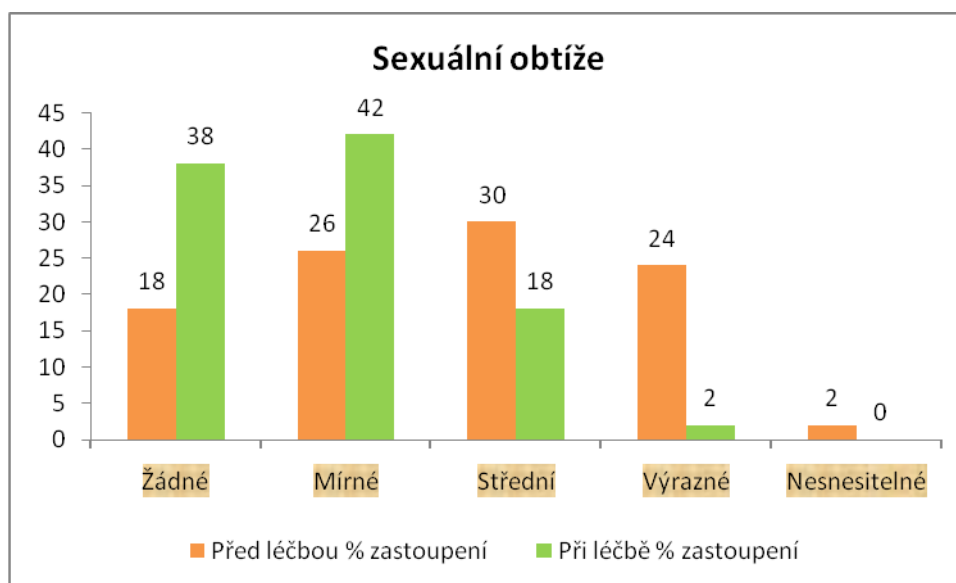
Položka 8: Sexuální obtíže

V této položce nás zajímalo, zda a v jaké míře ženy trpí sexuálními obtížemi typu změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení.

- Před léčbou tyto potíže v průměru udávalo 12 žen, obtíže mírné 13 žen (26 %), obtíže střední intenzity 15 žen (30 %) a obtíže výrazné 12 respondentek (24 %). Žádnými obtížemi v této oblasti netrpělo 9 žen (18 %) a jedna měla obtíže nesnesitelné (2 %).
- Při léčbě stoupl výrazně počet žen, které neměly žádné potíže (19 respondentek, tj. 38 %), mírné obtíže udávalo 21 žen (42 %), středními trpělo 9 žen (18 %) a výraznými obtížemi trpěla jediná žena (2 %).

Tab. 31 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	9	18	19	38
mírné	13	26	21	42
střední	15	30	9	18
výrazné	12	24	1	2
nesnesitelné	1	2	0	0



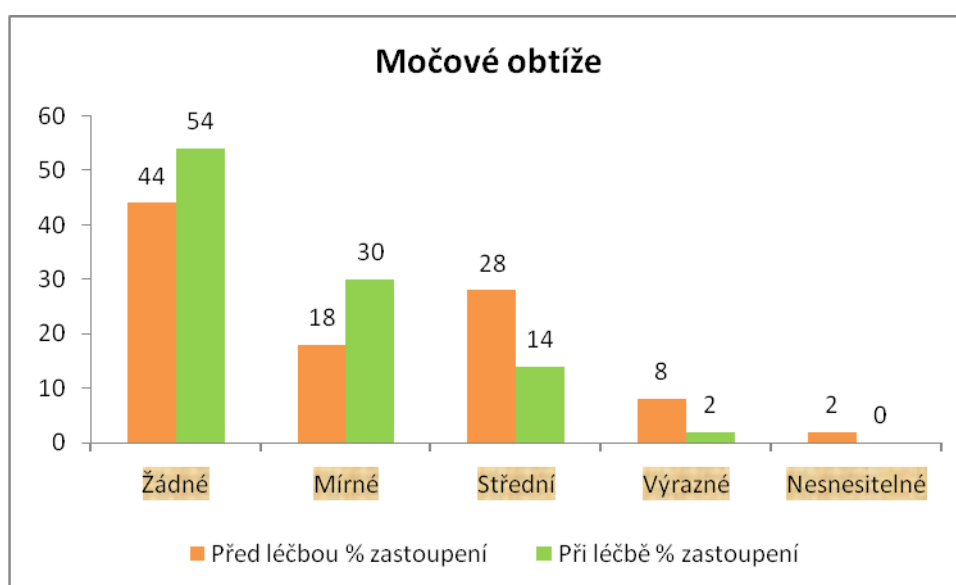
Graf 31 Sexuální obtíže

Položka 9: Močové obtíže

- Jak je vidět z následující tabulky a grafu, obtíže při močení, močová inkontinence a časté močení výrazné nebo nesnesitelné intenzity udávalo před léčbou jen 5 respondentek (10 %), po léčbě již jediná (2 %).
- Střední potíže tohoto typu udávalo před léčbou 14 žen (28 %), při léčbě pak jen polovina (7 respondentek, tj. 14 %), s tím souvisí i stoupající počet respondentek udávajících při léčbě mírné potíže (15 žen, tj. 30 %) a žádné (27 žen, tj. 54 %), když před léčbou mírnými potížemi trpělo 9 žen (18 %) a žádné udávalo 22 žen (44 %).

Tab. 32 Močové obtíže

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	22	44	27	54
mírné	9	18	15	30
střední	14	28	7	14
výrazné	4	8	1	2
nesnesitelné	1	2	0	0



Graf 32 Močové obtíže

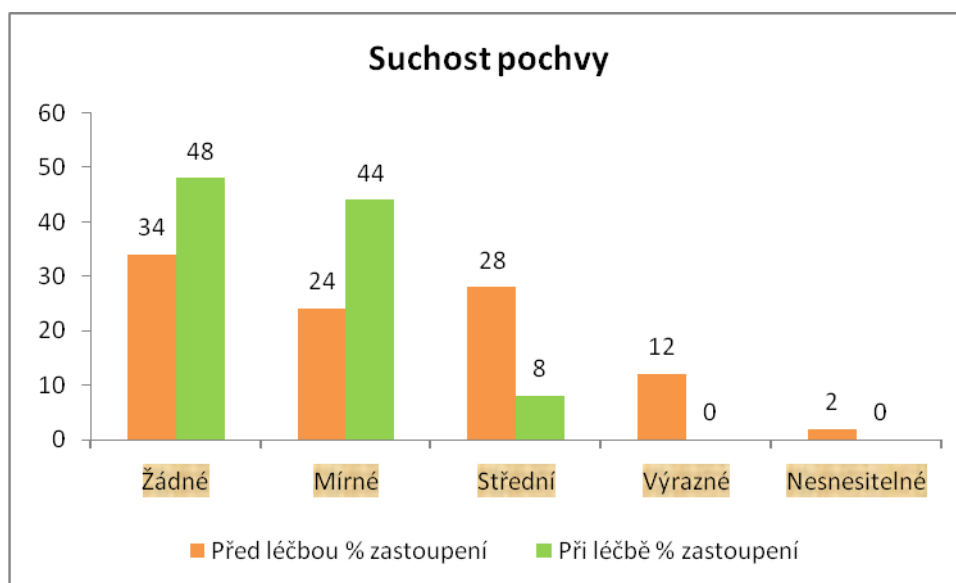
Položka 10: Suchost pochvy

V oblasti sexuálního života nás dále zajímalo, zda ženy trpí pocitem suchosti a pálení v pochvě a obtížemi při pohlavním styku.

- Bez obtíží bylo před léčbou 17 žen (34 %); při léčbě jejich počet stoupl téměř o polovinu (24 respondentek, tj. 48 %).
- Mírné obtíže před léčbou udávalo 12 žen (24 %) a při léčbě 22 žen (44 %); střední obtíže 14 (28 %) a 4 ženy (8 %).
- Výrazné obtíže před léčbou udávalo 6 respondentek (12 %) a nesnesitelné jediná (2 %), zatímco při léčbě žádná respondentka.

Tab. 33 Suchost pochvy

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	17	34	24	48
mírné	12	24	22	44
střední	14	28	4	8
výrazné	6	12	0	0
nesnesitelné	1	2	0	0



Graf 33 Suchost pochvy

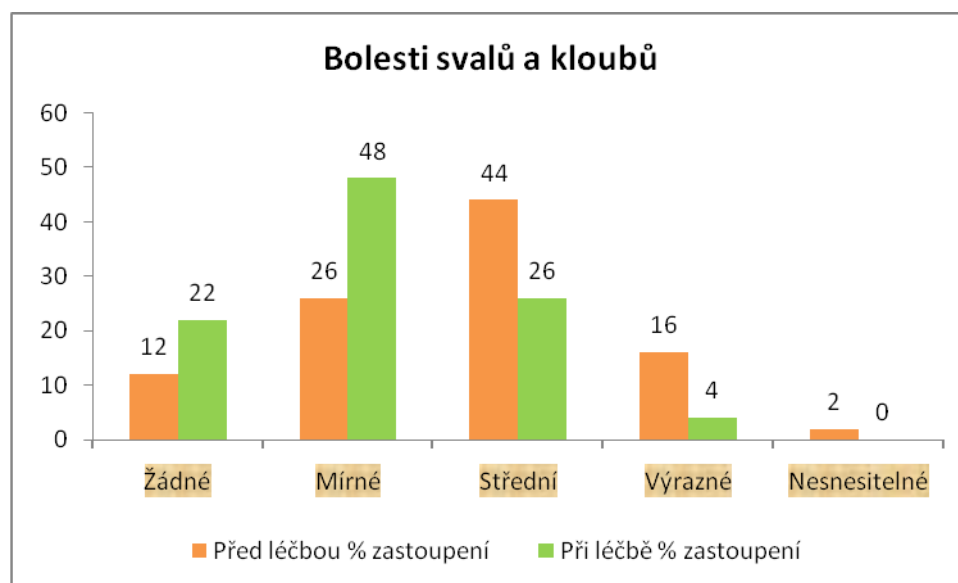
Položka 11: Bolesti svalů a kloubů

Dotazníkovou položkou zjišťujeme, nakolik ženy případně trpí bolestmi kloubů a revmatickými obtížemi.

- Z celkového počtu 50 žen udávalo před léčbou výrazné nebo nesnesitelné obtíže 9 žen (18 %), zatímco při léčbě počet klesl na 2 ženy (4 %).
- Potíže střední intenzity před léčbou mělo 22 žen (44 %), při léčbě jen 13 žen (26 %); mírné obtíže před léčbou udávalo 13 (26 %) a při léčbě 24 respondentek (48 %).
- Bez bolesti bylo před léčbou 6 žen (12 %), při léčbě počet stoupl téměř na dvojnásobek (11 žen, tj. 22 %).

Tab. 34 Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	Před léčbou		Při léčbě	
	abs.	%	abs.	%
žádné	6	12	11	22
mírné	13	26	24	48
střední	22	44	13	26
výrazné	8	16	2	4
nesnesitelné	1	2	0	0



Graf 34 Bolesti svalů a kloubů

5.3 Porovnání výsledků dotazníků UQOL a MRS

5.3.1 Dotazník UQOL

V následující tabulce 35 je číselně vyjádřena kvalita života jednotlivých respondentek před léčbou a při léčbě podle dotazníku UQOL. Respondentky mohly dosáhnout maximálního počtu 115 bodů. Z tabulky je patrné, jak se jednotlivé respondentky maximu přibližovaly.

Dále zde máme vyjádřen rozdíl celkového počtu bodů před léčbou a při léčbě vztažený k jednotlivým respondentkám. Kladná čísla ve sloupci „rozdíl“ znamenají celkové zlepšení kvality života při užívání hormonální substituční terapie (41 respondentek, tj. 82 %), záporná pak zhoršení kvality života při užívání HRT (9 respondentek, tj. 18 %). Změnu kvality života nezaznamenalo 7 respondentek, tj. 14 %, viz rozdíl nula.

Tab. 35 Porovnání kvalita života před léčbou a při léčbě – dotazník UQOL

Dotazník UQOL								
žena č.	před léčbou	při léčbě	rozdíl		žena č.	před léčbou	při léčbě	rozdíl
1.	95	92	-3		26.	84	88	4
2.	87	87	0		27.	51	74	23
3.	52	55	3		28.	94	99	5
4.	85	86	1		29.	85	103	18
5.	93	92	-1		30.	113	112	-1
6.	72	74	2		31.	107	107	0
7.	89	101	12		32.	113	113	0
8.	86	92	6		33.	65	65	0
9.	70	64	-6		34.	93	93	0
10.	74	86	12		35.	91	91	0
11.	73	80	7		36.	71	71	0
12.	75	87	12		37.	87	103	16
13.	73	76	3		38.	93	87	-6
14.	75	84	9		39.	94	81	-13
15.	70	74	4		40.	54	92	38
16.	60	88	28		41.	62	89	27
17.	79	87	8		42.	88	82	-6
18.	53	76	23		43.	93	87	-6
19.	78	92	14		44.	71	90	19
20.	77	88	11		45.	63	82	19
21.	80	86	6		46.	75	77	2
22.	88	90	2		47.	88	89	1
23.	69	81	12		48.	88	89	1
24.	73	86	13		49.	79	77	-2
25.	84	91	7		50.	80	90	10

5.3.2 Dotazník MRS

V tabulce 36 je číselně vyjádřena kvalita života **jednotlivých respondentek** před léčbou a při léčbě podle dotazníku MRS. Intenzitu obtíží vztaženou k jednotlivým symptomům vyjadřovaly respondenty na číselné škále od 0 (žádné obtíže) do 4 (nesnesitelné obtíže), tzn. čím vyšší číslo, tím horší kvalita života. Opět se vyjadřovaly ke stavu před léčbou a při léčbě. Červeně označené hodnoty znamenají, že při užívání hormonální substituční terapie došlo ke zhoršení obtíží (2 ženy, tj. 4 %), zeleně označené hodnoty znamenají, že nedošlo ke změně (4 ženy, tj. 8 %). U ostatních 44 žen (88 %) došlo při užívání HRT ke zmírnění obtíží.

Tab. 36 Porovnání kvality života před léčbou a při léčbě – dotazník MRS

žena č.	před léčbou	při léčbě		žena č.	před léčbou	při léčbě
1.	20	11		26.	20	15
2.	9	9		27.	28	10
3.	26	25		28.	8	3
4.	9	6		29.	18	10
5.	13	5		30.	3	0
6.	18	14		31.	5	4
7.	18	13		32.	3	3
8.	29	14		33.	27	21
9.	14	16		34.	13	13
10.	19	8		35.	12	9
11.	26	14		36.	18	18
12.	25	5		37.	25	3
13.	25	13		38.	17	13
14.	22	4		39.	23	1
15.	15	6		40.	28	2
16.	27	10		41.	19	5
17.	23	16		42.	14	18
18.	28	8		43.	11	5
19.	18	6		44.	22	6
20.	4	2		45.	25	13
21.	11	8		46.	24	11
22.	11	8		47.	13	6
23.	28	7		48.	14	9
24.	17	3		49.	27	19
25.	26	2		50.	18	14

5.3.3.1 Pořadí a intenzita obtíží před léčbou a při léčbě (MRS)

Tabulka 37 prezentuje pořadí symptomů klimakterického syndromu před léčbou a při léčbě tak, jak ženy hodnotily intenzitu obtíží jednotlivých symptomů v dotazníku MRS. Hodnoty ve sloupci „body“ představují intenzitu obtíží vyjádřenou všemi 50 respondentkami před léčbou a při léčbě.

- Nejintenzivněji snižují kvalitu života žen v klimakteriu návaly horka a poruchy spánku.
- Při užívání HRT poklesl výskyt všech jedenácti sledovaných symptomů.
- Před užíváním HRT ženy nejvíce obtěžovaly: návaly horka a pocení, poruchy spánku a depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost a proměnlivost nálad).
- Při užívání HRT ženy nejvíce obtěžovaly: poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů a vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání).
- V průměru nejméně intenzivními obtížemi jsou močové obtíže.

Tab. 37 Seřazení symptomů dle udávané intenzity

Pořadí a intenzita před léčbou			Pořadí a intenzita při léčbě		
	SYMPTOMY (obtíže)	body		SYMPTOMY (obtíže)	body
1.	návaly horka, pocení	122	1.	poruchy spánku	63
2.	poruchy spánku	116	2.	bolesti svalů a kloubů	56
3.	depresivní nálady	93	3.	vyčerpání	51
4.	předrážděnost	88	4.	návaly horka	50
5.	bolesti svalů a kloubů	85	5.	depresivní nálady	46
6.	sexuální obtíže	83	6.	sexuální obtíže	42
7.	vyčerpání	82	7.	předrážděnost	36
8.	srdeční obtíže	73	8.	srdeční obtíže	33
9.	suchost pochvy	62	9.	močové obtíže	32
10.	úzkost	59	10.	suchost pochvy	30
11.	močové obtíže	53	11.	úzkost	25

5.4 Dotazník zpětné vazby

Dotazník zpětné vazby (viz příl. 3) byl respondentkám předáván současně s dotazníky MRS a UQOL a úvodním dopisem.

Dotazník MRS vyhovoval 46 respondentkám, tj. 92 %.

– Dotazník UQOL vyhovoval 4 respondentkám, tj. 8 %.

Tab. 38 Preferování dotazníků respondentkami

	abs.	%
Dotazník MRS preferuje	46	92
Dotazník UQOL preferuje	4	8

Tab. 39 Názor respondentek na dotazníky MRS a UQOL

	Menopause Rating Scale (MRS)	UQOL scale
Byl pro Vás číselný způsob odpovědí, který byl použit v dotazníku, dost srozumitelný?	1. spíše ano = 45 2. těžko rozhodnout = 5 3. spíše ne = 0	1. spíše ano = 21 2. těžko rozhodnout = 15 3. spíše ne = 11
	vyplnilo 50 respondentek	vyplnilo 47 respondentek
Mohla jste na všechny otázky v dotazníku odpovědět podle Vaší reálné situace? (Nic důležitého Vám tam tedy nechybělo.)	1. spíše ano = 42 2. těžko rozhodnout = 7 3. spíše ne = 1	1. spíše ano = 29 2. těžko rozhodnout = 12 3. spíše ne = 6
	vyplnilo 50 respondentek	vyplnilo 47 respondentek
Domníváte se, že znění otázek obsažených v daném dotazníku bylo jasné a srozumitelné?	1. spíše ano = 42 2. těžko rozhodnout = 7 3. spíše ne = 1	1. spíše ano = 26 2. těžko rozhodnout = 9 3. spíše ne = 12
	vyplnilo 50 respondentek	vyplnilo 47 respondentek
Co Vám konkrétně vadilo při vyplňování toho dotazníku? (<i>uvedte stručnou odpověď</i>)	Chyběly bolesti hlavy jako příznak, které byly pro mě nejvíce nepříjemné.	- Nesmyslnost otázek. - Nesrozumitelnost dotazů. - Vadí mi negativní otázky mezi pozitivními. - Těžkopádný styl vyjadřování. - nejasný, složitý
	odpověděla 1 respondentka	odpovědělo 5 respondentek

6. DISKUZE

6.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům

Cíl 1: zjistit kvalitu života žen v klimakteriu před léčbou

UQOL

- Při hodnocení kvality života pomocí dotazníku UQOL mohly respondenty dosáhnout max. počtu 115 bodů.
- Nejvyšší získaný počet bodů byl 113 bodů, toho dosáhly dvě respondenty.
- Nejnižší získaný počet bodů byl 51 (jedna respondentka).
- Největší počet respondentek, a to 16 z 50, dosáhl počtu v rozmezí 80–89 bodů.
- V rozmezí 90–100 bodů se pohybovalo 8 žen, v rozmezí 70–79 bodů 14 žen a v rozmezí 60–69 bodů 5 žen.
- Průměrná kvalita života v klimakteriu před léčbou odpovídala počtu 79,84 bodů.

MRS

- Při hodnocení kvality života podle dotazníku MRS jsem vycházela z toho, že čím vyššího počtu bodů respondentka dosáhla, tím intenzivnějšími obtížemi trpěla a měla tedy nižší kvalitu života v klimakteriu.
- Respondentky hodnotily intenzitu obtíží na stupnici od 0 = žádné obtíže do 4 = nesnesitelné obtíže. Jednotlivé položky dotazníku, kterých je 11, představují nejčastější symptomy klimakterického syndromu, takže největší intenzitě obtíží veškerých symptomů odpovídá maximální počet 44 bodů.
- Maxima nedosáhla žádná žena.
- Nejvíce body, a sice 29 vyjádřila intenzitu obtíží jedna žena; čtyři ženy dosáhly 28 bodů.
- Nejméně body, a sice 3, vyjádřily intenzitu obtíží dvě ženy. V rozmezí 0–10 bodů se pohybovalo hodnocení sedmi žen. Podrobné výsledky jsem uvedla v tabulce 35 a 36.
- Největší počet respondentek vyjádřil intenzitu obtíží v rozmezí 20–29 bodů, a to 21 z 50 dotázaných.

Cíl 2: zjistit kvalitu života žen v klimakteriu při léčbě

UQOL

- Při užívání hormonální substituční terapie byla průměrná kvalita života žen v klimakteriu 86,52 bodů.
- Maximální možný počet získaných bodů byl 115.
- Nejvyšší získaný počet bodů byl 113, dosáhla ho jedna žena; jedna dosáhla 112 bodů.
- Přes hranici 100 bodů se dostalo celkem 6 respondentek z 50 dotázaných.
- Největší počet žen (21 z 50 dotázaných) se pohyboval v rozmezí 80–89 bodů.
- V rozmezí 90–100 bodů se pohybovalo 12 respondentek, mezi 70 a 79 body 8 respondentek, v rozmezí 60–69 bodů jen dvě respondentky.
- Nejnižší počet získaných bodů byl 55 bodů.

MRS

- Maximální počet získaných bodů byl 44, přičemž opět platí, že čím vyšší počet získaných bodů, tím větší intenzita obtíží a tedy nižší kvalita života.
- Zjistila jsem výrazný rozdíl v pozitivním smyslu slova: maxima 44 bodů nedosáhla žádná žena při léčbě.
- Nejvyšším počtem bodů vyjádřila intenzitu svých obtíží jedna žena (25 bodů). Přes hranici 20 bodů se dostaly pouze dvě respondentky.
- Minimální součet intenzity vyjádřených obtíží byl 0 bodů. V rozmezí od 0 do 10 bodů se pohybovalo dokonce 29 žen.

Cíl 3: zjistit, zda užívání hormonální terapie ovlivňuje kvalitu života žen v klimakteriu, popř. jakým způsobem

- **Dle UQOL** (viz tab. 35) k celkovému zlepšení kvality života při užívání hormonální substituční terapie došlo u 34 respondentek (68 %).
- U 9 respondentek (18 %) při užívání HRT kvalita života klesla.
- Žádnou změnu nezaznamenalo 7 respondentek (14 %).
- **Dle MRS** (viz tab. 36) při užívání hormonální substituční terapie u většiny žen došlo ke zmírnění obtíží (44 respondentek, tj. 88 %).
- Při porovnání stavu před užíváním a při užívání HRT jsem zjistila markantní rozdíl 20 a více bodů u 7 respondentek. Žena č. 40 vykazuje rozdíl dokonce 26 bodů ve smyslu zlepšení stavu.

- U dvou žen (4 %) došlo při užívání HRT ke zhoršení obtíží.
- Ke změně nedošlo u 4 respondentek (8 %).
- Před léčbou 21 respondentek vyjádřilo intenzitu obtíží v rozmezí 20–29 bodů, při léčbě se přes hranici 20 bodů dostaly pouze dvě respondentky.
- Například v položce „návaly horka a pocení“ se při užívání HRT zdvojnásobil počet respondentek bez obtíží a zdevítinásobil počet respondentek s mírnými obtížemi (původně trpěly obtížemi středními až nesnesitelnými; viz tab. 24), čímž se kvalita jejich života výrazně zlepšila.

Pro zajímavost jsem také porovnala výsledky u žen, u nichž jsem zjistila při užívání HRT pokles nebo nezměněnou kvalitu života. Zajímalo mě, zda došlo k poklesu kvality života nebo se kvalita života nezměnila, ať již podle dotazníku UQOL, nebo podle dotazníku MRS.

Dle dotazníku MRS došlo k poklesu kvality života u dvou žen, podle dotazníku UQOL poklesla kvalita života jak u dvou uvedených žen (respondentka č. 9 a 42), tak ještě u dalších sedmi žen (respondentky č. 1, 5, 30, 38, 39, 43 a 49).

Kvalita života se podle dotazníku MRS i UQOL nezměnila u čtyř žen (respondentka č. 2, 32, 34 a 36); ke změně kvality života nedošlo dle dotazníku UQOL ještě u dalších tří respondentek (č. 31, 33, 35).

Mohu tedy shrnout, že při užívání hormonální substituční terapie došlo ke zlepšení kvality života většiny žen, ale že užívání HRT není stoprocentní zárukou zlepšení kvality života. Tento výsledek se dal předpokládat, protože každá žena je jedinečná bytost, a proto i na terapii reaguje individuálně.

Cíl 4: zjistit, které subjektivní symptomy klimakterického syndromu nejvíce snižují kvalitu života v klimakteriu

Tohoto cíle šlo dosáhnout výhradně pomocí dotazníku MRS (viz tab. 37).

- Před užíváním HRT ženy nejvíce obtěžovaly návaly horka a pocení, na druhém místě byly poruchy spánku a na třetím depresivní nálady, jako jsou pocity smutku, plačtivost a proměnlivost nálad.
- Nejméně si ženy stěžovaly na močové obtíže.
- Návaly horka a poruchy spánku snižují kvalitu života v klimakteriu nejvíce, bodový rozdíl mezi nimi a následujícími symptomy je až 30 bodů.

- Při léčbě se pořadí nejvíce obtěžujících symptomů radikálně změnilo: na prvním místě jsou potíže typu poruchy spánku, na druhém bolesti svalů a kloubů a na třetím vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání). Návaly horka a pocení se při léčbě dostaly až na čtvrté místo v pořadí nejvíce obtěžujících symptomů, intenzita obtíží klesla o více než polovinu.
- Celkově jsem zjistila, že u sledovaného vzorku 50 žen při užívání hormonální substituční terapie došlo k poklesu výskytu všech jedenácti sledovaných symptomů.
- Pořadí obtížnosti symptomů se nezměnilo u dvou: sexuální obtíže (6. místo) a srdeční obtíže (8. místo), ovšem intenzita obtíží klesla při léčbě o polovinu a více.

Cíl 5: zjistit, který ze dvou použitých dotazníků respondentkám vyhovoval více, popř. proč

Porovnání, zda respondentkám vyhovoval spíše dotazník UQOL, nebo MRS přineslo následující výsledky.

- Převážná část respondentek (46, tj. 92 %) uvedla, že jim více vyhovoval dotazník MRS. Pouze 4 respondentky (8 %) preferují dotazník UQOL (viz tab. 38). Důvod většinou respondentky neuváděly písemně, ale komentovaly slovně; uváděly nesrozumitelnost otázek v dotazníku UQOL, otázky považovaly za nesmyslné, popř. s problematikou klimakteria nesouvisející. Zjištění koreluje s názorem Mgr. Moravcové⁴⁾ (Práce M. Moravcové se zabývá spíše posouzením jednotlivých nástrojů hodnocení kvality života žen v klimakteriu než posouzením kvality života jednotlivých žen.)
- Domnívám se, že položky v dotazníku MRS lépe vyjadřují symptomy klimakterického syndromu (které nadto respondentky dobře znají, a proto odpovídání na ně nevyžaduje většího zamýšlení ani neklade větší nároky na rozhodování).
- Položky v dotazníku UQOL jsou zaměřeny komplexněji, na více oblastí života, takže mohou respondentkám připadat nesouvisející. Ovšem podle mého názoru je dotazník UQOL lepším nástrojem k hodnocení kvality života žen, protože se na obtíže a změny v klimakteriu dívá komplexněji a dává je do souvislosti s životním stylem, s oceňováním sebe sama, s péčí o sebe, o svůj vzhled, fyzický a psychický stav – se zodpovědností za sebe samu. Je možné, že právě to nebylo respondentkám příliš příjemné.
- Při vyhodnocování dotazníků mě také napadlo, že některé položky prezentují otázky, jež si možná některé respondentky dosud nepoložily. (Např. Má práce je pro mě motivující.

⁴⁾ Moravcová, M. Kvalita života v klimakteriu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 8, s. 315–316. ISSN 1801-1349.

Většinu událostí, které se mě týkají, nejsem schopna ovlivnit. Mám pocit, že nejsem schopna ovlivnit svůj zdravotní stav. Cením si svých pracovních úspěchů. Předpokládám, že se můj život bude vyvíjet pozitivně.)

– Považuji však za důležité upozornit, že položky v dotazníku UQOL jsou formulovány několika způsoby, a to:

- ▶ Kladný výrok. (Dostává se mi uznání ze strany mých blízkých a v zaměstnání.)
- ▶ Záporný výrok bez upozornění. (Většinu událostí, které se mě týkají, nejsem schopna ovlivnit. Má strava není zdravá.)
- ▶ Záporný výrok, na nějž autoři dotazníku respondenta upozorňují. (Nejsem spokojena se svým sexuálním životem. „Jestliže nejste spokojena, označte 5“.)
- ▶ Kladný výrok o nežádoucím pocitu. (Často trpím pocity úzkosti.)

Zdalo by se, že upozornění je pomůckou, ale může zrovna tak vnést nejistotu do rozhodování, protože se respondentka může celkem právem ptát, proč na některé záporné výroky autoři dotazníku upozorňují, zatímco na jiné ne. Domnívám se, že některé záporné výroky vnímaly respondentky jako nesrozumitelné. Dotazník není určen výhradně respondentkám s určitým intelektem, kombinační schopností, popř. trpělivostí.

– Poslední připomínka k dotazníku UQOL se týká položky 18: *Stále od života něco čekám*. Domnívám se, že výrok „Stále od života něco čekám“ není jednoznačný, lze jej chápat více způsoby:

1. ve smyslu: dodnes jsem se nedočkala té „pravé“ kvality; čekám, „kdy to přijde“;
2. ve smyslu: znovu a znovu něco chci, něco požaduji (a nedostávám to);
3. ve smyslu: nejsem na tom zrovna nejlépe, ale stále doufám, že mě v budoucnu čeká něco lepšího;
4. ve smyslu: ráda přijímám, co život nabízí (život je barevný a poskytuje nepřeborné množství příležitostí, jen si vybrat; mám takový život ráda).

6.2 Zjištěná fakta ve vztahu k výsledkům výzkumu Y. Vrublové

Při porovnávání dat získaných dotazníkem UQOL (a v jednom případě dotazníkem MRS) s prací PhDr. Yvetty Vrublové⁵⁾, Ph.D., z Ostravské univerzity, která se zabývá vlivem klimakteria na kvalitu života, jsem zjistila shodně vysoké procento žen udávajících spokojenost se svým osobním i pracovním životem:

⁵⁾ Vrublová, Y. Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. *Klimakterická medicína*. 2005, roč. 10, č. 3, s. 9–10. ISSN 1211-4278.

- *Dostává se mi uznání ze strany mých blízkých a v zaměstnání* (položka 6): **Respondentkám se uznání spíše dostává**, protože před léčbou to uvedlo 21 (42 %) a při léčbě 24 (48 %) z padesáti respondentek. Naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná žena ani před, ani při užívání HRT. Spíše nesouhlas vyjádřilo před léčbou 6 (12 %) žen, při léčbě počet klesl na 4 (8 %). Vysvětlení se nabízí více: např. že žádná z respondentek netrpí pocitem „zneuznání“, nebo že respondentky, které uvedly „spíše“, předpokládají vyšší společenskou akceptaci „spíše“ než „naprosto“, nebo že si jsou vědomy faktu participace na uznání aj. V každém případě však taková vysvětlení jsou úvahami, nemají vypovídací hodnotu.
- *Cením si svých pracovních úspěchů* (položka 17): **Více než polovina respondentek si pracovních úspěchů cení**, protože spíše souhlasilo 14 (28 %) z nich před léčbou a 22 (44 %) při léčbě a naprosto souhlasilo téměř shodně 13 (26 %) před léčbou a 12 (24 %) při léčbě. Nesouhlas uvedlo pouhých 6 (12 %) respondentek před léčbou; při léčbě jejich počet ještě klesl na 2 (4 %).
- *Má práce je pro mě motivující* (položka 2): **Výrazně více respondentek uvedlo, že je jejich práce motivuje**: před léčbou 31 (62 %) respondentek a při léčbě 33 (66 %). Naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná žena před ani při léčbě.
- *Věřím, že má práce je společensky potřebná* (položka 3): Pozitivní zjištění je, že **více než tři čtvrtiny žen spíše nebo naprosto s výrokem souhlasily, a to před léčbou i při léčbě** (v obou situacích 42 žen, tj. 84 %). Naprostý nesouhlas vyjádřilo mizivé procento respondentek před léčbou i při léčbě.
- *Do budoucna mám stále osobní plány a cíle* (položka 19): **Potvrdila většina respondentek** jak před léčbou (76 %), tak při léčbě (84 %). Předpokládám, že výsledky souvisí s tím, že v tomto věku již ženy nemusí tolik pozornosti věnovat svým dětem a rodině, ale orientují se na své případné zájmy a koníčky nebo si budují kariéru v zaměstnání. Spíše nesouhlasilo 5 (10 %) žen před léčbou a již žádná při léčbě; naprostý nesouhlas nevyjádřila žádná žena před léčbou, ale 2 (4 %) ženy při léčbě. Je možné, že léčba zklamala jejich očekávání.

Stejně jako v práci Vrublové se potvrdilo, že **převažuje nespokojenost respondentek se zevnějškem** a že **velmi málo žen se věnuje pravidelnému cvičení**:

- *Nejsem spokojena se svým vzhledem* (položka 7): Nespokojeno, ať již spíše, nebo naprosto bylo 23 (46 %) respondentek před léčbou; při léčbě počet klesl na 17 (34 %). Spíše spokojeno bylo 9 (18 %) respondentek před léčbou a 12 (24 %) při léčbě, naprosto spokojeno bylo téměř shodně 6 (12 %) žen před léčbou a 5 (10 %) při léčbě.

– *Minimálně třikrát týdně cvičím* (položka 10): Většina respondentek tuto pravidelnou fyzickou aktivitu nepotvrdila: více než tři čtvrtiny žen před léčbou (39, tj. 78 %) ani téměř tři čtvrtiny žen při léčbě (34, tj. 68 %) minimálně třikrát týdně necvičí. Cvičení potvrdilo pouhých 5 respondentek před léčbou (10 %) a více než na dvojnásobek (11, tj. 22 %) při léčbě.

Poslední oblast či položka, kterou bylo možné porovnat s prací PhDr. Vrublové, se týká emocí: změny nálad se vyskytovaly v práci Vrublové u 45% žen, vzorek 50 žen v mém výzkumu vykazoval **v emocionální oblasti také potíže značné intenzity**.

– *Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity)* (položka 5 dotazníku MRS): Nervozitu, vnitřní tíseň a pocity agresivity střední až výrazné intenzity udávalo před léčbou dokonce 30 (60 %) respondentek z 50. Při léčbě jejich počet klesl na 9 (18 %); viz tab. 28.

Vzhledem k rozdílným způsobům výzkumů již nebylo možné porovnávat další oblasti.

ZÁVĚR

Práce se zabývá problematikou kvality života žen v klimakteriu.

Cílem teoretické části práce bylo definovat termín klimakterium, provést klasifikaci klimakteria, popsat typickou symptomatologii a charakterizovat disponované ženy. Dále popsat diagnostiku klimakteria a možné způsoby léčby, které by vedly ke zvyšování kvality života v tomto období. Významnou kapitolou teoretické části je kvalita života, a to jak v obecné rovině, tak především kvalita života v klimakteriu a možné způsoby jejího měření.

Hodnocení kvality života v období klimakteria zahrnuje škálu fyzických, funkčních, sociálních a emočních složek i subjektivní hodnocení samotného člověka. Klinický ukazatel ve formě kvantitativních veličin se mění na kvalitativní hodnocení samotné ženy. V období klimakteria prožije žena téměř třetinu svého života, je proto nesmírně důležité, jakým způsobem a jak kvalitně toto období prožije. Klimakterium bývá z hlediska žen obdobím obávaným, spojeným s tělesnými a psychickými problémy. Ztráta fyzických sil, sexuální atraktivity, polymorbidita a její léčba a jiné nepříjemné stavy hluboce zasahují vnímání sebe sama. Naproti tomu mnoho žen nalezne teprve v tomto věku své štěstí, jejich uspokojení vychází z jiných oblastí než dříve, znají se lépe než kdykoli předtím, mají jasnou představu, co chtějí a jakým způsobem toho dosáhnout. Aby toto všechno žena pochopila, je důležitá změna v jejím základním myšlení. Některé ženy se k tomuto propracují samy, jiným je potřeba pomoci. Na tomto místě bych ráda zdůraznila význam práce sester a porodních asistentek v ambulantní péči. Opakované vysvětlování přirozenosti tohoto období a rady, jak bezpečně jím projít, mají nezastupitelné místo v péči o ženy v klimakteriu. Komunikace s klientem je jednou z nejdůležitějších dovedností každého zdravotníka a průzkumy mezi lidmi prokazují, že většina si přeje být informována.

Základním cílem empirické části práce bylo zjistit kvalitu života žen v klimakteriu před užíváním hormonální substituční terapie a při užívání hormonální substituční terapie a na základě toho, zda užívání hormonální terapie ovlivňuje kvalitu života žen v klimakteriu, popř. jakým způsobem. Dále jsem zjišťovala, které hlavní symptomy klimakteria nejvíce snižují kvalitu života žen.

Ke získání těchto poznatků jsem zvolila kvantitativní metodu a využila dvou dotazníků, UQOL a MRS. Výzkum jsem prováděla prostřednictvím gynekologických ambulancí v Hradci Králové a okolí, ale kvůli nízké návratnosti dotazníků jsem jej později rozšířila na

širší veřejnost, mezi přátele a známé. Nízká návratnost dotazníků z gynekologických ambulancí patří k prvním negativním zjištěním šetření. Při probírání důvodů se zdravotnickým personálem z ambulancí jsem došla k závěru, že problém nespočíval v případném nezájmu dotazníky rozdávat. Zásadní roli hrál odmítavý postoj oslovených žen: jednak pokládaly otázky v dotaznících za příliš osobní, jednak uváděly, že dotazníkovým položkám nerozumějí, popř. se nechtěly svými obtížemi zabírat s odvoláním na nedostatek času. Opět upozorňuji na povinnost edukační činnosti sester a porodních asistentek v gynekologických ambulancích – měly by ženám vysvětlovat důležitost zájmu o vlastní zdraví. Pacientky dále projevovaly „aktivní nezájem“ dotazníky vyplňovat. Nešlo o pasivitu nebo nechut' účastnit se čehokoli, ale o rozhodnutí, že se výzkumu nezúčastní, protože je adresní. Pacientky se vyjadřovaly, že anonymní dotazník by jim vyplňovat nevadilo.

Hlavním cílem mé práce bylo zhodnotit kvalitu života žen v klimakteriu. Výzkum ukázal průměrnou kvalitu života v klimakteriu před užíváním HRT 79,84 bodů a v době užívání HRT 86,52 bodů, a to při maximálním možném počtu 115 bodů. Největší skupina dotázaných žen se pohybovala rozmezí 80–89 bodů, proto jsem tuto hodnotu stanovila jako průměrnou pro hodnocení kvality života žen v klimakteriu. Pokud z tohoto budu vycházet, pak mohu kvalitu života žen před užíváním hormonální substituční terapie hodnotit jako lehce podprůměrnou a kvalitu života žen při užívání HRT jako průměrnou. Výsledky ukazují, že užívání hormonální substituční terapie vedlo u většiny žen ke zlepšení kvality života.

Dalším cílem bylo zjistit, které symptomy klimakterického syndromu ženám způsobují největší obtíže. Před užíváním HRT si ženy nejvíce stěžovaly na návaly horka a pocení, na druhém místě byly poruchy spánku a na třetím depresivní nálady, jako jsou pocity smutku, plačtivost a proměnlivost nálad; nejméně si ženy stěžovaly na močové obtíže. Při léčbě se na první místo dostávají poruchy spánku, na druhém jsou bolesti svalů a kloubů a na třetím vyčerpání. Největší efekt HRT jsem zaznamenala u potíží typu návaly horka a pocení. Celkově se u sledovaného vzorku 50 žen při užívání HRT výrazně snížila intenzita obtíží všech jedenácti sledovaných symptomů, což dokazuje nezastupitelný význam užívání HRT jak vzhledem ke zlepšení kvality života žen, tak ve zmírnění symptomů klimakterického syndromu.

Posledním cílem bylo zjistit, který ze dvou použitých dotazníků respondentkám vyhovoval více, popř. proč: 46 respondentkám (92 %) vyhovoval spíše dotazník MRS; připadal jim srozumitelnější a relevantnější.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APACHE II.	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System (Hodnoticí systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu)
cps.	kapsle
crm.	krém
ČMAS	Česká menopauzální a andropauzální společnost
emp.	náplast
ERT	estrogen replacement therapy (substituční léčba estrogeny)
FSH	folicle stimulating hormone (folikuly stimulující hormon)
glob.	globule
HRQOL	health-related quality of life (kvalita života týkající se zdraví)
HRT	hormone replacement therapy (léčba doplněná o gestageny)
impl.	implantát
IMS	International Menopause Society (Mezinárodní menopauzální společnost)
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
LH	luteinizing hormone (luteinizační hormon)
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life (krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru)
MRS	Menopause Rating Scale
obd.	obden
SF-36	Short Form 36
SOM	Společnost pro otázky menopauzy
tbl.	tableta
UQOL	Utian Quality of Life Scale
vag.	vaginální
VAS	Visual Analogus Scale (vizuální analogová stupnice)

BIBLIOGRAFIE

Soupis použitých (citovaných a studovaných) pramenů je rozdělen dle druhu informačního materiálu na monografie, příspěvky v periodikách, kvalifikační práce, normy a dokumenty elektronické. Řazení uvnitř skupin je abecední. Soupis vychází z platných ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2.

Monografie

- CITTERBART, K. a kol. (2001). *Gynekologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 1999. 175 s. ISBN 80-7067-953-0.
- DONÁT, J. (1994). *Klimakterium : průvodce ženy přechodem*. 1. vyd. Praha : Alberta, 1994. 112 s. ISBN 80-85792-05-2.
- DONÁT, J. (2000). *Klimakterium: proč a kdy přichází*. 1. čes. vyd. Praha : Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-174-0.
- DONÁT, J. (2001). *Perimenopauza : menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : DoMeNa, 2001. 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
- DONÁT, J. (2003). *Postmenopauza : estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : DoMeNa, 2003. 184 s. ISBN 80-238-2036-7.
- JENÍČEK, J. (2001). *Hormonální substituční terapie a klimakterium : průvodce pro lékaře*. 1. vyd. Praha : Grada, 2001. 101 s. ISBN 80-247-0133-2.
- JENÍČEK, J. (2004). *Žena v přechodu*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada, 2004. 103 s. ISBN 80-247-0679-2.
- KUDELA, M. a kol. (2004). *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 273 s. ISBN 80-224-0837-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. s. 243–248. ISBN 80-7178-551-2.
- KYČINOVÁ, S.; KRAJŇÁKOVÁ, M. (2002). Kvalita života žien v klimakteriu a jej ovplyvnenie informovanosťou. In JAROŠOVÁ, D. *Trendy v ošetrovatelství*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2002, s. 33–38. ISBN 80-7042-335-8. Také dostupný z WWW: <<http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp22.htm>>.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

- MAREŠ, J. a kol. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno : MSD, 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
- MAREŠ, J. a kol. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno : MSD, 2007. 259 s. ISBN 978-80-7392-008-1.
- World Health Organization Scientific Group (1981). *Research on the menopause*. WHO Technical Service Report Series 670. Geneva : World Health Organisation, 1981.
- *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha : Ottovo nakl., 2000. ISBN 80-7181-376-1.
- *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. 2. oprav. a dopl. vyd. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0493-9.
- STOPPARDOVÁ, M. (1995). *Klimakterium*. 1. čes. vyd. Bratislava : INA, 1995, 222 s. ISBN 80-85680-60-2.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. viz ČÍŽKOVÁ
- VÁGNEROVÁ, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

Příspěvky v tištěných a elektronických periodikách

- DONÁT, J. (2005). Fytoestrogeny a riziko rakoviny prsu a plic [on line]. *Klimakterická medicína*. 2005, roč. 10, č. 3, s. 20. [cit. 5. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.klimakterickamedicina.cz/KM03_05.pdf>.
- FAIT, T. (2004). Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičtví*. 2004, roč. 3, č. 1, s. 3–12. ISSN 1214-5572.
- KOLIBA, P. (2000). Alternativní způsoby terapie klimakterického syndromu bývají často podceňovány. *Lékařské listy* [on line]. 17. 3. 2000, č. 11, s. 11, [cit. 6. 10. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alternativni-zpusoby-terapie-klimakterickeho-syndromu-byvaji-cas-125156>>.
- KUŽELA, L. (2001). Výživa ženy v klimakteriu. *Sestra*. 2001, roč. 11, č. 9. Příl. Tematický sešit Klimakterium, č. 71, s. 35. ISSN 1210-0404.
- MORAVCOVÁ, M. (2006). Kvalita života v klimakteriu. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2006, roč. 2, č. 8, s. 315–316. ISSN 1801-1349.
- MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J.; DONÁT, J. (2007). Metody hodnocení kvality života žen po menopauze [online]. *Hygiena*. 2007, č. 3, s. 82–83. ISSN 1803-1056. Dostupný z WWW: <<http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2007-3-07-full.pdf>>.
- ŠIMŮNKOVÁ, M. (2001). Psychosomatické aspekty klimakteria. *Sestra*. 2001, roč. 11, č. 9. Příl. Tematický sešit Klimakterium, č. 71, s. 31–32. ISSN 1210-0404.
- VRUBLOVÁ, Y. (2005). Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. *Klimakterická medicína*. 2005, roč. 10, č. 3, s. 9–10. ISSN 1211-4278.

Kvalifikační práce

- MAREŠOVÁ, J. *Hodnocení kvality života pacientů se stomií* [online]. Diplomová práce. Ved. práce MUDr. Milana Šachlová, CSc. Brno, 2009. 95 s. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Specializace ve zdravotnictví, obor Zdravotní vědy. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/101253/lf_m/DP.pdf>.
- ŠILEROVÁ, M. *Klimakterium a osteoporóza* [online]. Bakalářská práce. Ved. práce Mgr. Blanka Trojanová. Brno, 2006. [77] s. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/101005/lf_b/BAKALARSKA_PRACE-ELEKTRONICKA_PODOBA.pdf>.

Normy

- ČSN ISO 690 (01 0197). *Dokumentace – Bibliografické citace – Obsah, forma a struktura*. Praha : Český normalizační institut, 1996. Účinnost 1. 1. 1997.
- ČSN ISO 690-2 (01 0197). *Informace a dokumentace – Bibliografické citace – Část 2 Elektronické dokumenty nebo jejich části*. Praha : Český normalizační institut, 2000. Účinnost 1. 2. 2000.

Elektronické dokumenty

- KYČINOVÁ, S.; KRAJŇÁKOVÁ, M. *Kvalita života žien v klimaktériu a jej ovplyvnenie informovanosťou* [on line]. [cit. 14. 12. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp22.htm>>.
- *Zdraví 21 : osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [on line]. Praha, 2000. 191 s. [cit. 12. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.
- *Zdraví pro všechny v 21. století* [on line]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 3. 12. 2002 [cit. 5. 4. 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

Související prameny

- *Klimakterická medicína : časopis pro menopauzu a andropauzu*. Praha : Domena, 1996–. ISSN 1211-4278. Také dostupný z WWW: <<http://www.klimakterickamedicina.cz/index3.html>>.
- OSTRČIL, Antonín. *Klinická gynekologie pro lékaře a mediky*. Praha : Fr. Řivnáč, 1933. 593 s.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Schopnost rozhodovat o důležitých záležitostech	36
Tab. 2 Práce jako motivace	37
Tab. 3 Víra ve společenskou potřebu práce	38
Tab. 4 Nespokojenost se sexuálním životem	39
Tab. 5 Spokojenost s citovým životem	40
Tab. 6 Uznání ze strany blízkých a v zaměstnání	41
Tab. 7 Nespokojenost se svým vzhledem	42
Tab. 8 Nezdravá strava	43
Tab. 9 Správnost stravovacích návyků	44
Tab. 10 Cvičení minimálně třikrát týdně	45
Tab. 11 Častost depresivní nálady	46
Tab. 12 Pocity úzkosti	47
Tab. 13 Ovlivnění událostí	48
Tab. 14 Spokojenost s četností sexuálních aktivit s partnerem	49
Tab. 15 Fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku	50
Tab. 16 Neschopnost ovlivnit svůj zdravotní stav	51
Tab. 17 Ocenění svých pracovních úspěchů	52
Tab. 18 Očekávání od života	53
Tab. 19 Osobní plány a cíle do budoucna	54
Tab. 20 Předpoklad pozitivního vývoje stavu	55
Tab. 21 Dobrý fyzický pocit	56
Tab. 22 Kondice	57
Tab. 23 Nové pracovní plány a cíle	58
Tab. 24 Návaly horka, pocení	59
Tab. 25 Srdeční obtíže	60
Tab. 26 Poruchy spánku	61
Tab. 27 Depresivní nálady	62
Tab. 28 Předrážděnost	63
Tab. 29 Úzkost	64
Tab. 30 Vyčerpání	65
Tab. 31 Sexuální obtíže	66
Tab. 32 Močové obtíže	67
Tab. 33 Suchost pochvy	68
Tab. 34 Bolesti svalů a kloubů	69
Tab. 35 Porovnání kvality života před léčbou a při léčbě – dotazník UQOL	70
Tab. 36 Porovnání kvality života před léčbou a při léčbě – dotazník MRS	71
Tab. 37 Seřazení symptomů	72
Tab. 38 Preferování dotazníků respondentkami	73
Tab. 39 Názor respondentek na dotazníky MRS a UQOL	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Schopnost rozhodovat o důležitých záležitostech	36
Graf 2 Práce jako motivace	37
Graf 3 Víra ve společenskou potřebu práce	38
Graf 4 Nespokojenost se sexuálním životem	39
Graf 5 Spokojenost s citovým životem	40
Graf 6 Uznání ze strany blízkých a v zaměstnání	41
Graf 7 Nespokojenost se svým vzhledem	42
Graf 8 Nezdravá strava	43
Graf 9 Správnost stravovacích návyků	44
Graf 10 Cvičení minimálně třikrát týdně	45
Graf 12 Častost depresivní nálady	46
Graf 12 Pocity úzkosti	47
Graf 13 Ovlivnění událostí	48
Graf 14 Spokojenost s četností sexuálních aktivit s partnerem	49
Graf 15 Fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku	50
Graf 16 Neschopnost ovlivnit svůj zdravotní stav	51
Graf 17 Ocenění svých pracovních úspěchů	52
Graf 18 Očekávání od života	53
Graf 19 Osobní plány a cíle do budoucna	54
Graf 20 Předpoklad pozitivního vývoje stavu	55
Graf 21 Dobrý fyzický pocit	56
Graf 22 Kondice	57
Graf 23 Nové pracovní plány a cíle	58
Graf 24 Návaly horka, pocení	59
Graf 25 Srdeční obtíže	60
Graf 26 Poruchy spánku	61
Graf 27 Depresivní nálady	62
Graf 28 Předrážděnost	63
Graf 29 Úzkost	64
Graf 30 Vyčerpání	65
Graf 31 Sexuální obtíže	66
Graf 32 Močové obtíže	67
Graf 33 Suchost pochvy	68
Graf 34 Bolesti svalů a kloubů	69

III. PŘÍLOHY

Příloha 1

Dotazník kvality života – UQOL scale

© Utian, W. H., Departments of Reproductive Biology, USA, 2002

© Translation: Moravcová, M., Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2006

Jméno a příjmení:

Věk:

Léčba: před léčbou – 1 měsíc – 3 měsíce – 12 měsíců

Dnešní datum:

*Přečtěte si, prosím, pozorně všech 23 bodů následujícího dotazníku. U každého bodu **zakroužkujte** číslici z 5stupňové škály, kterou nejlépe vyjádříte, do jaké míry daný výrok vystihuje Vaši reálnou situaci **za poslední měsíc**. (Jedná se o přidělení číslice (bodů), ne o známky ve škole!)*

1 *NAPROSTO NESOUHLASÍM*

2 *SPIŠE NESOUHLASÍM*

3 *TĚŽKO ROZHODNOUT*

4 *SPIŠE SOUHLASÍM*

5 *NAPROSTO SOUHLASÍM*

Opovězte, prosím, na VŠECHNY otázky (nelze jakoukoli otázku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou z odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jsem schopna rozhodovat o důležitých záležitostech svého života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Má práce je pro mne motivující. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Věřím, že má práce je společensky potřebná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Nejsem spokojena se svým sexuálním životem. (Jestliže nejste spokojena, označte 5.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jsem spokojena se svým citovým životem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Dostává se mi uznání ze strany mých blízkých a v zaměstnání. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Nejsem spokojena se svým vzhledem. (Jestliže nejste spokojena, označte 5.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Má strava není zdravá. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Domnívám se, že mé stravovací návyky jsou správné. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Minimálně třikrát týdně cvičím. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Často mám depresivní náladu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Často trpím pocity úzkosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Většinu událostí, které se mne týkají, nejsem schopna ovlivnit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. S četností sexuálních aktivit s partnerem jsem spokojena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. V současné době pociťuji fyzicky nepříjemný pocit nebo bolest během pohlavního styku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Mám pocit, že nejsem schopna ovlivnit svůj zdravotní stav. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Cením si svých pracovních úspěchů. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Stále od života něco očekávám. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Do budoucna mám stále osobní plány a cíle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Předpokládám, že se můj život bude vyvíjet pozitivně. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Fyzicky se cítím dobře. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Jsem v kondici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Stále mám nové pracovní plány a cíle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Děkuji Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost svých odpovědí.

Dotazník kvality života - The Menopause Rating Scale (MRS)

© Heinemann, K., Center of epidemiology & Health Research Berlin, Germany, 2000
© Translation: Moravcová, M., Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2006

Jméno a příjmení:

Věk:

Léčba: před léčbou – 1 měsíc – 3 měsíce – 12 měsíců

Dnešní datum:

*Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás **za poslední měsíc** týkají? **Zakroužkujte**, prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc. Zhodnoťte, prosím, **VŠECHNY** níže napsané obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, zakroužkujte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.*

Intenzita obtíží

0 ŽÁDNÉ

1 MÍRNÉ

2 STŘEDNÍ

3 VÝRAZNÉ

4 NESNESITELNÉ

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Návaly horka, pocení (občasné pocení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Děkuji Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

Příloha 3

Dobrý den,

v závěru Vaší práce s dotazníky si Vás dovoluji požádat o zodpovězení následujících otázek. Vaše odpovědi poslouží jako jeden ze způsobů hodnocení **využitelnosti** jednotlivých dotazníkových metod pro hodnocení kvality života žen po menopauze.

U otázek s možností odpovědi zakroužkujte, prosím, ke každému dotazníku jednu z nabízených odpovědí.

	Menopause Rating Scale (MRS) (př. bolesti svalů a kloubů – Intenzita obtíží – žádné 0, ... nesnesitelné 4)	UQOL scale (př. Domnívám se, že mé stravovací návyky jsou správné. – naprosto nesouhlasím 1, ... naprosto souhlasím 5)
Byl pro Vás číselný způsob odpovídání, který byl použit v dotazníku, dost srozumitelný ?	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne
Mohla jste na všechny otázky v dotazníku odpovědět podle Vaší reálné situace? (Nic důležitého Vám tam tedy nechybělo .)	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne
Domníváte se, že znění otázek obsažených v daném dotazníku bylo jasné a srozumitelné ?	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne	1. spíše ano 2. těžko rozhodnout 3. spíše ne
Co Vám konkrétně vadilo při vyplňování toho dotazníku? (<i>uved'te stručnou odpověď</i>)		

Děkuji za Vaši cennou spolupráci a prosím Vás ještě o zodpovězení jedné otázky. Který z dotazníků byste doporučila ženám jako součást jejich gynekologického vyšetření? (*Zvolený dotazník zakroužkujte.*)

Menopause Rating Scale – UQOL scale

Kvalita života žen v klimakteriu

Vážená paní,

Jmenuji se Alexandra Hvězdová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníků, které budou podkladem mé bakalářské práce nazvané „Kvalita života žen v období klimakteria“. Výzkum probíhá ve spolupráci s Výzkumným projektem „Hodnocení kvality života žen po menopauze“, realizovaným Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Výzkum se týká způsobů hodnocení kvality života českých žen po menopauze. Ve studii budou použity dva dotazníky sloužící k posouzení a hodnocení kvality života před léčbou a po nasazení léčby. Oba dotazníky vyplňte tedy prosím dvakrát, v závislost na léčbě, abychom mohli posoudit účinnost aplikované léčby. Název preparátu uveďte do příslušné kolonky.

Během studie budou metody mapující Vaše obtíže přizpůsobeny české populaci tak, aby jejich využití během léčby příznaků klimakteria bylo co nejúčinnější. Výzkumu se zúčastní ženy v období **minimálně 1 rok po menopauze** během cílených vyšetření na gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí. Věková hranice je **49–60 let**. Vaše účast se zařazením do studie je dobrovolná.. Součástí vyplnění dotazníků je Informovaný souhlas s účastí ve studii. Jeho vyplnění považujeme za vyjádření Vašeho souhlasu se zařazením do výzkumu.

Děkujeme za Váš čas a pomoc při realizaci výzkumu.

Mgr. Markéta Moravcová
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
Průmyslová 395, 532 10 Pardubice

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Alexandra Hvězdová
studentka 3. ročníku bakalářského
studia ošetrovatelství LF UK HK

Mgr. Eva Vachková
vedoucí bakalářské práce
Ústav sociálního lékařství LF UK HK

Informovaný souhlas klientky s účastí ve studii

Já souhlasím se zařazením do výzkumu
(vyplňte hůlkovým písmem)
zabývajícího se kvalitou života žen po menopauze. Tato studie je společným výzkumem
Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Fakulty zdravotnických studií
Univerzity Pardubice.

Výzkum hledá vhodné metody pro hodnocení kvality života žen po menopauze
v české populaci. Studie se zúčastní ženy nejméně 12 měsíců po přirozené nebo umělé
menopauze v rámci vyšetření na gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí.

Vyplněné dotazníky poslouží pouze v rámci výzkumu s ohledem na ochranu osob-
ních dat klientek (zákon č. 101/2000 Sb.). Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity a Vaše
případná neúčast ve studii neovlivní Vaši další léčbu.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná. Jestliže souhlasíte s účastí ve výzkumu,
vyplňte, prosím, přiložené dotazníky, které slouží k hodnocení kvality života a efektu léčby
žen v klimakteriu.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já níže podepsaná souhlasím se zařazením do výzkumu **Hodnocení kvality života
žen po menopauze**. Byla jsem dostatečně informována a seznámena s obsahem a průbě-
hem výše zmíněného výzkumu. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli odmítnout účast ve výz-
kumu a souhlasím s publikováním statisticky zpracovaných výsledků výzkumu v odbor-
ném tisku.

Aplikovaná léčba.....

V Hradci Králové

dne.....

.....
Podpis klientky

Alexandra Hvězdová
studentka 3. ročníku bakalářského studia
ošetřovatelství LF UK HK
tel. 732 904 977

Mgr. Markéta Moravcová
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Mgr. Eva Vachková
Vedoucí bakalářské práce
Ústav sociálního lékařství LF UK HK

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta
Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Kuppermanův index pro odhad stupně klimakterických obtíží

Symptomy	INDIVIDUÁLNÍ POCITY			index
	start	3 měsíce	6 měsíců	
návaly horka	12	8	4	4
zvýšení pocení				2
poruchy spánku				2
podrážděnost				2
deprese				1
poruchy soustředění				1
závratě				1
bolesti hlavy				1
bolesti kloubů				1
bušení srdce				1
součet				

- Vyplňte každý řádek ve sloupcích INDIVIDUÁLNÍ POCITY. Intenzitu svých obtíží vyjádřete na stupnici 0 až 3:
 - obtíže silné, těžké = 3
 - obtíže mírné, střední = 2
 - obtíže jemné, lehké = 1
 - obtíže žádné = 0
- Získané body násobte indexem příslušného řádku.
- Sečtěte jednotlivá čísla a dostanete výsledek:
 - Více než 35 = těžké obtíže
 - 20–35 = střední obtíže
 - 15–20 = lehké potíže.

Režimy HRT

1. ERT – estrogenní substituční terapie
2. HRT – hormonální substituční terapie
 - cyklický režim
 - sekvenční režim
 - kontinuální režim
3. STEARs – selektivní regulátory tkáňové estrogenní aktivity = Tibolon
4. Lokální vaginální terapie

Preparáty HRT na našem trhu

Estradiol pro transdermální podání

- **7denní:** Climara emp.; Climara forte emp.; Dermestril septem 25, 50, 75 emp.;
- **2× týdně:** Estraderm TTS 25, 50, 100 emp.; Estraderm MX 25, 50, 100 emp.; Dermestril 25, 50 emp.; System 25, 50, 75 emp.; Estrahexal 25, 50, 100 emp.;
- **denně:** Estreva gel; Oestrogel gel.

Estradiol pro transdermální podání oponovaný gestageny

- **Norethisteron:** System sequi emp.; Estracomb emp.; Estalis sequi 50/140, 50/250 emp.; System conti emp.; Estalis 50/140, 50/250 emp.;
- **Konjugované estrogeny:** Premarin 0,625, 1,25 mg tbl. obd.; Oestro-Feminal 0,3, 0,6, 1,25 mg cps.

Konjugované estrogeny oponované medroxyprogesteronacetátem

- **Estradiol:** Cyclo-Premella tbl. obd.; Premella 2,5; Premella 5 cps.; Estrofem 1, 2, 4 mg tbl., Estrimax tbl.
- **Estradiol (E2) nebo estradiolvalerát (EV) oponovaný gestageny:**
 - **E2 + norethisteron:** Novofem tbl.; Kliogest tbl.; Kliane tbl.; Pausogest tbl.; Activelle tbl.;
 - **EV + MPA:** Divina tbl.; Indivina 1/2,5, 1/5, 2/5 tbl.;
 - **EV + levonorgestrel:** Klimonorm tbl.; Cyclo-Menorette tbl.;
 - **EV + cyproteronacetát:** Climen tbl.;
 - **E2 + dydrogesteron:** Femoston conti tbl.; Femoston 2/10, 2/20 tbl.;
 - **E2 + norethisteron:** Trisequens tbl.; Triaklim tbl.
- **Estradiol depotní subkutánní:** Riselle 25 mg impl.

Tibolon: Livial tbl.

Lokální vaginální terapie: Ovestin glob. crm.; Orthogynest crm;

- **Estriol:** Orthogynest D glob. vag.
- **Estradiol:** Vagifen tbl. vag.
- **Promestrien:** Colpotrophin cps. vag., crm.

Ukázka z odborné literatury 30. let 20. stol.

Přechod. Klimakterium.

[s. 132–138]

Mezi 45. a 55. rokem odehrává se v pohlavních ústrojích ženy řada regresivních změn, které vyvolávají rozmanité ozvěny v celém organismu. Hlavní příčinou toho je zanikání vaječnickové činnosti. Činnost vaječníků nezmizí však rázem, nýbrž poznenáhlu umdlévá, často znova vzplane jako blikající světélko. Podle toho jsou klimakterické jevy velmi různotvárné a dlužno je vysvětlovati hypofunkcí a dysfunkcí ovaria, ba i časovou hyperfunkcí a porušením rovnováhy mezi činností ostatních žláz s vnitřní sekrecí.

...

Klimakterium je odedávna považováno laicky, zejména samotnými ženami, za kritický, nebezpečný věk (age critique, das gefährliche Alter), a to do určité míry právem. Nejčastěji vzniká přechod kolem 48. roku a vleče se rok, někdy však až tři roky. Před 45. rokem mluvíme o *klimakterium praecox*, po 55. roku o *klimakterium tardum*.

Zdá se, že u vdaných žen dostavuje se přechod později než u vdov a svobodných, rovněž u žen, žijících v dobrých poměrech. V klimatu teplém, kde se dostavuje dospělost dříve, dochází též dříve k přechodu,... Celkem se pozorují různé úchyly, závislé na konstituci, rase a dědičnosti.

...

Anatomické jevy klimakteria.

Nejdůležitější a základní změny se odehrávají ve vaječníku, kde folikule před uzráním propadají atresii, takže nedochází k ovulaci a k tvoření se žlutých tělísek. Tu a tam někdy po delší době ještě některý folikul může však prodělati úplně normální cyklus.

...

... atrofické změny dostavují se však poměrně pozdě po klimakteriu, kdy vznikají na celém těle známky stáří a kdy se ztrácejí vůbec druhotné pohlavní známky, o čemž později.

Jinak žena v klimakteriu i dlouho po klimakteriu, zejména žije-li hygienicky a v příznivých poměrech, může si zachovati do určité míry ženskou svěžest a svéráznost.

Chování se menstruační

Jakmile proběhne poslední cyklus folikulu, čmýra se více nedostaví. Málokdy však stává se tak rázem, daleko častěji předchází různé nepravidelnosti, z nichž nejprůzračnější pro ženu je ona, kde čmýra znenáhla a postupně stává se slabší a slabší. Pravým opakem toho jsou dlouhé a silné metrorragie, které mohou nejen zdraví, nýbrž i přímo život ohrožovati ... Mezi těmi dvěma

extrémy je celá řada přechodů, spočívajících v tom, že se přestávky mezi dvěma čmýrami brzo krátí, jindy prodlužují, a podobně krvácení jednou trvá déle, buď slabší nebo silnější, jindy krátce, při čemž také může kolísati, pokud se týče síly.

...

Celkové mimogenitální jevy.

Přechod u mnohých žen bývá doprovázen řadou příznaků, postihujících nejrozmanitější ústroje, které často znepokojují značně postižené a někdy i lékaře a které jsou právě příčinou, že o přechodu se mluví jako o kritickém věku pro ženu, jak již bylo řečeno. Zmíněné celkové příznaky jsou tak různě zbarvené, že nedávají tušiti postižené svůj genitální původ, z kteréhož původu chorá dosti často hledá spíše radu a pomoc u internisty a praktika, než u gynekologa.

Změněnou a porušenou činností vaječníků a do určité míry ostatních žláz s vnitřní sekrecí, které jsou tím přivedeny z rovnováhy, je celý nervový systém podrážděn, což se jeví:

... depresivními náladami až melancholií. Jsou vyvolávány představou, že nastává vlastně konec významného oddílu života ženy, nebo lítostnou představou, že pohlavního života nebylo úplně využito. Tím je možno si vysvětliti zvýšení sexualismu některých klimakterických žen, přecházející až v erotomanií a při tom chorobnou, šířavou žárlivost. Jinak u většiny bývá pohlavní pud snížen. Celkem jde však o výjimky u osob psychicky predisponovaných, stejně jako je tomu u jiných psychos, které vypuknou v klimakteriu. Poměrně časté jsou fobie. Tak některé klimakterické ženy mají strach před mrtvicí, vyvolaný návaly krve do hlavy, jiné před ochrnutím srdce (palpitace srdeční, anginoidní stavy) a zase jiné před těhotenstvím (amenorea, grossesse imaginaire, přibývání objemu břišního), další před paralysou (ztrácení paměti). Jsou to typické stesky, s nimiž ženy přicházejí do konzultační síně, kde psychická složka je vždy vyvolána nepravdělností, ať již funkcionální nebo organickou.

Jindy poruchy duševní dostávají jiné zbarvení ve smyslu maniakálním, kleptomanie, pyromanie, suicida, náboženské šílenosti a podobné. Vlastní psychosy klimakterické není. Stávající duševní choroby v klimakteriu někdy se zhorší, jindy se zlepší, ony, které povstaly v klimakteriu, mají celkem dobrou prognosu. Při tom mohou býti ženy trápeny pocity těžké hlavy, závratěmi, děsivými sny.

I smyslové orgány trpí. Tak dochází k změnám nebo podráždění čichu a chuti.

...

Klimakterické ženy jsou značně citlivy vůči adrenalinu, podle Adlera a Cristofolettiho odpovídají již na malé dase adrenalinu, které u normální ženy nic nevyvolávají, pocitem horka, rozpalováním, červenáním a blednutím, pocitem úzkosti, potem, mrazením, zrychlením tepu, zvýšením tlaku krevního, zvýšením teploty, polyurií, glykosurií, mydriasou.

...

Jsou to záchvaty, opakující se třeba několikrát denně, zahájené pocitem mrazení, po nichž se dostavuje pocit stoupajícího horka (rozpalování) do hlavy, doprovázený zrudnutím a úzkostí, potom znova mrazením a potem.

...

K tomu dlužno podotknouti, že klimakterium, i co se týče jakosti i vážnosti příznaků, probíhá u různých žen úplně různě. Wiesel napsal vhodně, že každá žena prodělává své klimakterium, a to podle své konstituce. Tak intersexuální typy trpí více nervovými symptomy, bolestmi v průběhu cev, podrážděnou náladou a spíše hubnou než tloustnou. Asteničky trpí enteroptosou, nahromaděním se tuku, městkami, plochou nohou, kdežto pykničky prodělávají klimakterium celkem bez zvláštních obtíží.

Léčení klimakterických obtíží.

Nedosahují-li popsané obtíže většího stupně, podaří se nám snadno, zejména inteligentní nemocnou uklidnit upozorněním, že celý chorobný stav je vlastně fyziologickým jevem, který se dostavuje v přechodu v různé míře u všech žen. Vyšetřivše důkladně celkově – i když se nám zdá na první pohled, že jde určitě jen o přechod – ujistíme klientku, že není v jiném stavu, že jí nehrozí mrtvice, že nemá srdeční vady a podobně.

Mnoho se dá docílit rozumnou životosprávou, jejíž hlavní zásady dají se takto shrnouti:

... pravidelný denní pohyb v přírodě a jakéhokoliv jiného způsobu. Žena v přechodu nemá se vyhýbat sportu, pokud nějaká organická vada to nezapovídá.

... strava má býti spíše vegetabilní (více zeleniny, ovoce, málo masa a masitých polévek). Dále je záhodno varovati se černé kávy, čaje, silnějšího alkoholu, nikotinu, zkrátka všeho, co zvyšuje krevní tlak a dráždí nervový systém.

...

Velmi dobře se též osvědčuje rozumná hydroterapie, kterou však nutno individuálně vyzkoušet. (Vlažné lázně spojené s otěrem, pak zábal. Uhličitě lázně, radiové lázně. Horké sedací nožní lázně se studeným obkladem na krk, hlavu apod.)

...

Na základě úvahy o vztahu prolanu k činnosti ovariální zkouší se v klimakteriu podnítiti činnost vaječnickovou injekcemi extraktů z předního laloku hypofýsy nebo přímo injekcemi estrinu a progestinu (na př. estrolu a estrogeneru). Výsledky nejsou dosud určité.

Na stejném principu spočívá podráždění hypofýsy roentgenem (Hofbauer). Zejména Borak tvrdí, že dosáhl ve dvou třetinách klimakterických obtíží velmi dobrých úspěchů.

OSTRČIL, Antonín. *Klinická gynekologie pro lékaře a mediky*. Praha : Fr. Řivnáč, 1933. 593 s.

ANOTACE

Autor: Alexandra Hvězdová
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové,
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Kvalita života žen v období klimakteria
Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková
Počet stran: 88, XI
Počet příloh: 9
Počet literatury: 38
Rok obhajoby: 2010
Klíčová slova: hormone replacement therapy, hormonální substituční terapie, HRT, klimakterium, klimakterický syndrom, kvalita života, menopauza, měření kvality života, MRS, UQOL

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života žen v klimakteriu. Zjišťuje, jaký vliv má klimakterium na kvalitu života žen, které užívají některou z forem HRT, a jaký vliv má klimakterium na kvalitu života žen, které žádnou z forem HRT neužívají.

Teoretická část práce si ve dvou kapitolách všímá kromě definice klimakteria jednak klasifikace klimakteria, typické symptomatologie, diagnostiky, léčby a charakteristiky disponovaných žen, jednak formuluje kvalitu života a možné způsoby jejího měření, a to jak v obecné rovině, tak v období klimakteria.

Empirická část práce je založena na výzkumném šetření kvantitativními dotazníkovými metodami pomocí dotazníků MRS a UQOL, jejichž verze probíhají standardizačním řízením, aby byly využitelné v prostředí ČR. Sledovaný vzorek tvoří 50 žen ve věku 49–60 let, které užívaly HRT po dobu minimálně tří měsíců.

Prvotním cílem empirické části je jednak zjistit, zda v souboru sledovaných žen došlo při užívání HRT k subjektivnímu zlepšení potíží a zda se případná změna odrazila v kvalitě života respondentek, jednak retrospektivně objektivizovat obtíže žen před užíváním a při užívání HRT.

Druhotným cílem je zjistit, který dotazník respondentkám vyhovoval více.

Výzkumné šetření bylo realizováno od října 2009 do března 2010 v gynekologických ambulancích a mezi širší veřejností v Hradci Králové a okolí.

ANNOTATION

Author:	Alexandra Hvězdová
Institution:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetrovatelství (Nursing Department.)
Name of Work:	Women Quality of Life at the Climacterium Period
Head of Work:	Mgr. Eva Vachková
Number of Pages:	88, XI
Number of Supplements:	9
Number of used titles	38
Year of Defence:	2010
Key Words:	hormone replacement therapy, HRT, climacterium, climacterical syndrome, quality of life, menopause, quality of life measurement, MRS, UQOL

The Bachelor Thesis is focused on the problems regarding women quality of life at the climacterium period. It detects how climacterium impacts the quality of life in women who use any form of HRT and how climacterium impacts the quality of life in women who do not use any form of HRT.

Theoretical part of the Work draws attention in two chapters, besides definition of climacterium, to classification of climacterium, typical symptomatology, diagnostics, treatment and characteristics of disposed women, formulates quality of life on the one hand and possible ways of its measurement on the other hand, both at the general level, as well as at the climacterium period.

Empirical part of the Work is based on the research investigation by means of quantitative questioning methods via MRS and UQOL questionnaires, the versions of which undergo standardization process in order to be applicable in the environment of the CR. The monitored sample includes 50 women, aged 49–60, who used HRT for at least three months.

The primary goal of the empirical part is on the one hand to find out if subjective improvement of disorders could be traced in the group of monitored women who used HRT and if the potential change has reflected in the life quality of the informants, and to objectify retrospectively disorders of women before and while using HRT on the other hand.

The secondary goal is to find out which questionnaire has been more suitable for the informants.

The research investigation was carried out from October 2009 to March 2010 in gynaecological ambulances and among larger public in Hradec Králové and its environs.

ÚDAJE PRO KNIHOVNICKOU DATABÁZI

Název práce	Kvalita života žen v období klimakteria
Autor práce	Alexandra Hvězdová
Škola	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetrovatelství
Obor	Všeobecná sestra
Rok odevzdání	2010
Vedoucí práce	Mgr. Eva Vachková
Anotace	Práce zjišťuje, jaký vliv má klimakterium na kvalitu života žen, které užívají některou z forem hormonální substituční terapie, a jaký vliv má na kvalitu života žen, které žádnou z forem HRT neužívají. Nástrojem zjišťování jsou dotazníky MRS a UQOL. Současně se zjišťuje preference dotazníků respondentkami.
Klíčová slova	hormone replacement therapy, hormonální substituční terapie, HRT, klimakterium, klimakterický syndrom, kvalita života, menopauza, měření kvality života, MRS, UQOL